

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

142

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VALENSI J. Georges

Né à Tunis, le 1^{er} Mai 1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VALENSI J. Georges

Né à Tunis, le 1^{er} Mai 1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryncologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Pathologie chirurgicale.....	GAYET.
Physiologie.....	GIROUD.
Histologie.....	HAGUENAU.
Pathologie médicale.....	HALPHEN.
Oto-rhino-laryngologie.....	HAZARD.
Pharmacologie.....	HUGUENIN.
Anatomie pathologique.....	JOANNON.
Hygiène.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELÈVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÉNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIÈRE.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOCQUOT.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.
EVALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDOUX-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

TRUHAN VOM A

M. le PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE

A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MEDECINE

1884

1884

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait d'accepter la présidence
de cette thèse, hommage de no-
tre profond respect.*

A MON MAITRE

Le Professeur agrégé M. METZGER

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Modeste témoignage de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le DOCTEUR BENSAUDE

M. le DOCTEUR BAUMGARTNER

M. le DOCTEUR RIVET

M. le DOCTEUR BÉNARD

+ M. le DOCTEUR ET. BERNARD

INTRODUCTION

Le traitement de l'avortement, et plus particulièrement de l'infection post-abortum a donné lieu depuis de nombreuses années à des discussions fréquentes entre accoucheurs et chirurgiens.

La question a longtemps été vue par les différents auteurs sous des angles différents, chacun se limitant à un aspect particulier, et elle est apparue jusqu'ici comme très complexe : Ce qui ressort en effet des nombreuses discussions qui ont eu lieu dans les Sociétés Chirurgicales ou Gynécologiques de France c'est qu'il est difficile de poser des bases rationnelles et sûres de traitement et que, dans la plupart des cas, c'est une question d'impression, de tendance, qui doit diriger le traitement. C'est ainsi que l'on a opposé et que l'on oppose encore comme inconciliables les méthodes dites chirurgicales de curettage aux méthodes dites obstétricales de curage digital.

M. le Prof. Agr. METZGER a cependant soutenu depuis plusieurs années que l'on ne devait pas se limiter à ce terrain étroit de discussion qui, non seulement ne permet pas de faire avancer le problème, mais qui encore ne correspond pas à la réalité si diverse qui se présente à nous quotidiennement.

Il a montré, dans de nombreuses interventions, que la grande querelle entre accoucheurs et chirurgiens n'avait pas de raisons de persister.

Cherchant parmi les différents points soulevés dans les discussions celui sur lequel l'unanimité des praticiens se faisait, il a montré que c'était essentiellement *la nécessité de vider complètement l'utérus*.

Il s'est attaché à montrer que, dans le choix d'une méthode de traitement rationnel de l'infection post-abortionum, il fallait donner la préférence à celle qui permettait *à coup sûr et avec le moins de risques* d'évacuer complètement l'utérus.

L'objet de notre thèse est de montrer, en nous appuyant sur des observations recueillies au cours de 4 années à la Maternité de Bretonneau, que l'on peut arriver à un tel résultat, *dans tous les cas de fausses-couches infectées*, par la méthode *de dilatation progressive et lente par les lamineaires*.

CHAPITRE PREMIER

Avant d'exposer les détails de la technique employée et les résultats obtenus, il nous paraît utile de préciser comment s'est posé le problème du traitement de l'infection post-abortum, et comment il a été généralement compris.

Tout d'abord, il convient de préciser que la méthode que nous employons intéresse plus particulièrement une catégorie d'avortements : les avortements provoqués, ceux que l'on rencontre le plus souvent en service de Chirurgie.

Pour les autres types de fausses-couches, c'est-à-dire les fausses-couches spontanées que l'on observe généralement dans les maternités, le problème est beaucoup plus simple.

Dans ce cas, en effet, il s'agit de fausses-couches : qui s'accompagnent de travail d'avortement amenant une dilatation progressive et avancée du col, au cours desquelles les chances d'infection sont minimales, car il n'y a pas d'inoculation extérieure comme cela arrive généralement dans les fausses-couches provoquées.

Dans ces cas, le praticien intervient généralement

pour faciliter l'expulsion du fœtus ou de l'œuf, pour pratiquer parfois une D. A. ou une R. U. mais toujours l'état du col qui est dilaté, permet ces manœuvres sans difficultés,

Les fausses-couches provoquées, au contraire, offrent de plus grandes difficultés de traitement, car : l'ouverture de l'œuf par un objet souvent hyperseptique présente des dangers d'inoculation très graves. Le travail d'avortement n'existe généralement pas, et le plus souvent, le col est fermé ou à peine entr'ouvert, rendant difficile toute manœuvre intra-utérine.

Ce sont ces deux éléments qui font la difficulté du traitement et qui sont sujets à discussions.

Le plus généralement, on se trouve donc en présence de femmes présentant :

soit des hémorragies;

soit une infection plus ou moins sévère
et dont le col utérin est relativement long et peu perméable.

Quelle conduite tenir en présence de tels cas?

Deux points paraissent avoir été particulièrement discutés :

1° Faut-il intervenir ?

2° Comment intervenir ?

CHAPITRE II

NECESSITE DE L'INTERVENTION

I. — La nécessité de l'intervention a été niée par un certain nombre de chirurgiens.

M. Alglave en particulier, a défendu ce point de vue d'une façon ferme.

Pour lui, sauf dans les cas où l'hémorragie met la vie de la malade en danger, il faut s'abstenir de toucher aux fausses-couches, quel que soit le degré d'infection.

Il considère en effet, que dans la majorité des cas, l'infection guérit spontanément.

Que les débris placentaires finissent par s'évacuer spontanément,

Et qu'il y a un danger de disséminer l'infection si l'on touche à ces *utérus infectés*.

La glace, le repos, restent donc les seuls traitements de l'infection puerpénale post-abortum.

M. ALGLAVE, B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1096 :

« J'ai dit dans ma communication que quand une malade arrive au lendemain d'un avortement sous le coup d'une hémorragie sérieuse par rétention placentaire, je

fais un curettage, mais que je m'abstiens systématiquement quand elle vient après quelques jours pour des signes d'infection aiguë. Je m'abstiens même s'il peut y avoir des débris de membranes parce que je crois qu'à ce moment-là, moins on touche à ces malades, chez qui l'infection aiguë a souvent débordé l'utérus, mieux cela vaut ».

II. — Mais la grande majorité des auteurs estime qu'il est dangereux de laisser dans l'utérus des débris placentaires si petits soient-ils.

Ils sont un milieu de culture favorable au développement des microbes les plus virulents.

Ils sont un foyer d'infection permanente dont la persistance peut être cause de diffusion de l'infection.

Voici comment s'expriment ceux qui s'opposent à la méthode

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1098-1099.

M. J.-L. FAURE. — Il me paraît dangereux de laisser se répandre dans le monde entier cette idée qui a été émise par ALGLAVE, qu'il faut proscrire le curettage dans l'infection puerpérale qui suit les avortements. Qu'on fasse trop de curettages, c'est possible, et la communication d'ALGLAVE aura peut-être ce bon côté d'en faire faire un peu moins, mais lorsqu'on a des raisons de penser qu'il y a dans l'utérus des débris placentaires infectés, j'affirme avec la conviction la plus absolue que le premier de nos devoirs est de vider l'utérus.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1095.

M. AUVRAY. — Je ne peux pas accepter pour ma part les conclusions de mon ami ALGLAVE relatives au curetta-

ge dans le traitement de l'infection puerpérale consécutive à l'avortement. Je l'ai déjà dit lors de ma communication sur le même sujet au mois de juillet et je tiens à y insister à nouveau. Nous possédons dans le curettage un puissant moyen d'action dans tous les cas où, à la suite d'un avortement l'utérus saigne par rétention de débris placentaires et plus encore dans ceux où les débris placentaires retenus dans l'utérus deviennent le point de départ d'une infection dont nous ne pouvons jamais savoir quelles seront les limites.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1097.

M. CH. DUJARRIER. — Je suis tout à fait de l'avis d'AUVRAY et trouve que la théorie d'ALGLAVE est dangereuse. Sans doute, on a peut-être exagéré les curettages, sans doute, le curettage est souvent difficile à faire, mais j'estime qu'un utérus qui contient des cotylédons en putréfaction, des débris de membrane sphacelés, doit être curetté. Et je prie mes collègues gynécologues de vouloir bien donner leur avis sur ce point.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1099.

M. CHIFOLLIU. — Comme la plupart de mes collègues je suis partisan du curettage dans les infections post abortum récentes quand il y a une rétention de débris placentaires. De cette rétention nous avons des signes précis : l'augmentation de volume de l'utérus, sa mollesse, les écoulements vaginaux plus ou moins fétides, la fièvre.

L'insuccès d'un ou deux curettages est une des bonnes indications de l'hystérectomie dans les infections puerpérales.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 1097.

M. PROUST. — Je crois de mon devoir de dire que la théorie de l'abstention à outrance dans l'infection post

partum me semble absolument dangereuse et une véritable hérésie.

Ainsi, la majorité des chirurgiens et des accoucheurs s'accorde pour affirmer que dans les cas de fausses-couches infectées :

L'intervention est nécessaire.

Il faut évacuer l'utérus.

CHAPITRE III

TECHNIQUES DE L'INTERVENTION

II. -- Comment évacuer l'utérus ?

C'est là que la division apparaît.

Nous avons montré comment on a longtemps opposé accoucheurs et chirurgiens, curage et curettage, et nous pensons qu'une telle opposition n'existe pas en pratique, les accoucheurs se servant aussi bien de la curette pour compléter un curage qui ne permet pas d'évacuer tous les débris placentaires.

L'essentiel est :

D'évacuer complètement l'utérus, quel que soit le moyen employé,

Pourvu que ce moyen *soit sûr et sans danger.*

Or, nous considérons que la technique depuis longtemps pratiquée ne répond pas à ces deux conditions :

Cette technique, telle qu'elle est couramment employée dans la plupart des services de chirurgie, est celle du *curettage d'urgence, après dilatation immédiate du col aux bougies de Hégar.*

Nous pensons qu'une telle pratique, si elle donne des résultats heureux dans un grand nombre de cas, offre cependant de *réels dangers* qui doivent la faire rejeter.

Ces inconvénients sont de deux ordres :

1° La dilatation aux bougies est dangereuse ;

2° Le curettage pratiqué dans de telles conditions est difficile et se fait à l'aveugle.

I. — La dilatation à la bougie, si elle se passe en apparence sans incidents dans la majorité des cas, reste cependant une méthode *brutale*, capable de déterminer des *ruptures de l'utérus* au niveau de l'isthme.

Et cela s'explique si l'on songe au mécanisme physiologique de dilatation du col.

Le Professeur agrégé Metzger a depuis longtemps insisté sur ce point :

Dans son ouvrage *L'accoucheur moderne*.

Dans une leçon faite à la Clinique Tarnier (5 avril 1928, page 132).

Il a montré que le col utérin ne se dilate *que par l'effet des contractions utérines*.

Celles-ci, par l'intermédiaire des fibres longitudinales et transversales du muscle utérin produisent :

Un *effacement* et une *dilatation du col*.

Seules, les contractions utérines peuvent *dilater sans danger* l'orifice interne du col.

Quand on essaie d'agir directement sur le col (avec

des bougies, par exemple), celui-ci résiste d'abord, puis finit par *céder*.

On le force, mais on ne le dilate pas.

Le col cède en se déchirant et non en se dilatant.

Et il arrive parfois que la déchirure soit assez importante pour intéresser l'épaisseur de l'isthme. Il se crée une rupture utérine avec hématome sous-péritonéal pouvant mettre la vie des femmes en danger.

L'existence de cette complication quoique rare est cependant connue de tous.

Mais ce n'est pas tout.

En dehors de ces cas graves où la déchirure se manifeste bruyamment, il existe presque toujours au niveau de l'orifice interne des petites déchirures qui se produisent dès que l'on cherche à faire passer des bougies de gros calibre.

Ces déchirures se cicatrisent. On ne s'en aperçoit pas immédiatement. Mais elles peuvent être le point de départ de complications au cours d'accouchements ultérieurs.

Nous avons déjà, dans une publication à la Société d'Obstétrique (mai 1932), signalé les observations si typiques rapportées par MM. Lacomme, Allard et Mirbeau (*B. S. Chirurgie*, 1931., p. 538).

Ces auteurs ont observé au cours de deux accouchements normaux, des *ruptures spontanées de l'utérus*.

Recherchant la cause possible de ces ruptures, ils n'ont trouvé dans l'histoire des malades que des curettages faits quelques années auparavant.

De même, dans un certain nombre d'observations identiques publiées précédemment et rappelées par MM. Lacomme, Allard et Mirbeau, on retrouve des curettages dans les antécédents. Voici comment s'expriment ces auteurs :

B. S. *Chirurgie*, 1931, p. 538.

TRILLAT et EMERY voient dans le curettage l'origine possible de la rupture. A la vérité, cette notion n'est pas nouvelle et M. COUVELAIRE, en 1908, a publié l'observation d'une malade qui lui a semblé *présenter des séquelles de cette intervention sous forme de sillons creusés dans le segment inférieur qui s'était rompu*. Nous reconnaissons que ces considérations comportent une part d'hypothèse, mais ces faits ne sont pas pour diminuer les appréhensions que beaucoup de gynécologues manifestent contre le curettage, et surtout le curettage *un peu appuyé*. Il n'est pas impossible que quelques ruptures utérines, survenant spontanément au cours d'un travail normal, ne puissent être mises quelquefois au passif de cette opération comme conséquence éloignée d'une cicatrice, véritable séquelle méconnue.

En somme la dilatation forcée du col avec des bougies est dangereuse et peut déterminer :

Soit des ruptures utérines immédiatement graves;

Soit des petites déchirures dont la cicatrice reste un point faible susceptible de causer des accidents ultérieurs.

II. — D'autre part, *cette dilatation est insuffisante*.

Certes, elle permet, dans la majorité des cas de passer une petite curette mousse ou tranchante, à la rigueur une curette de Cuzzi.

Mais elle ne peut en aucun cas permettre l'introduction du doigt dans l'utérus.

Et nous pensons qu'un curettage pratiqué dans ces conditions est une opération *faite à l'aveugle et dangereuse*.

Elle expose aux deux catégories de complications qui font toute la gravité du traitement des fausses-couches.

D'une part : la *Perforation*.

D'autre part : le *curettage incomplet*.

On comprend très bien que l'on ne puisse être absolument maître de la curette quand on l'introduit à l'aveugle dans un utérus dont on n'a pu explorer la cavité au préalable; que la forme de l'utérus soit anormale; qu'il existe une auto ou rétro-flexion; ou bien encore un enchatonnement du placenta dans une corne; une cavité irrégulière; une paroi amincie, et l'on peut voir filer brusquement la curette alors même qu'on agit avec prudence.

Dans d'autres cas au contraire, un excès de prudence fait qu'on explore incomplètement la cavité avec la curette.

On croit avoir tout curetté, et la malade présente des accidents infectieux les jours suivants.

C'est alors que se pose le problème angoissant du 2^e curettage ou de l'hystérectomie.

Si l'on avait la certitude de la vacuité utérine, le problème serait plus simple. Mais, fait dans ces conditions, le curettage ne peut donner cette certitude.

C'est d'ailleurs l'opinion exprimée par la majorité de ceux qui emploient cette technique :

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 825.

M. AUVRAY. — Le curettage est une opération plus difficile à bien réaliser qu'on le suppose généralement ; il est fait souvent d'une façon incomplète, et c'est la raison pour laquelle continuent à évoluer des infections qu'un curettage bien fait eût arrêtées dans leur évolution.

P. 828

6 de ces malades sur 9 avaient été curettées avant de subir l'hystérectomie. Dans cinq cas, il restait dans l'utérus des débris placentaires qui avaient échappé au curettage.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 714.

M. J.-L. FAURE. — Rien n'est difficile à faire comme un curettage. On ne sait jamais s'il est bien complet et l'hystérectomie est précisément la seule façon de sauver ces malades et de constater en même temps l'imperfection du curettage.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 714.

M. J.-L. FAURE. — Et d'ailleurs ces hystérectomies permettent parfois de voir que l'infection est due à quelque cotylédon putréfié perdu dans une corne.

Ainsi donc, il apparaît nettement :

Que le curettage après dilatation forcée aux bougies est difficile et dangereux.

Le moyen d'éviter ces dangers, de tourner la difficulté est de pratiquer une *exploration au doigt, de la cavité utérine*.

Cette exploration a un double avantage :

1° Elle permet avant le *curettage* de se rendre compte exactement :

De la forme de l'utérus et de la cavité utérine.

Du contenu de l'utérus.

a) En s'assurant au préalable de la forme de l'utérus, on pourra *diriger* la curette correctement, sans craindre une perforation.

On saura, quand la paroi est amincie à un endroit, qu'il faut agir prudemment.

On saura si la cavité est irrégulière, s'il y a ante ou rétro-flexion, qu'il faudra donner une direction particulière à la curette.

C'est la véritable prophylaxie des perforations utérines.

b) Quand on aura vérifié le contenu de l'utérus, on pourra alors préciser le point où doit porter le *curettage* et éviter ainsi de diriger l'instrument à l'aveugle et inutilement dans toute la cavité utérine, au risque de perforer des segments amincis.

2° Une fois le *curettage* terminé, il faudra à nouveau explorer la cavité utérine au doigt pour être sûr de ne rien laisser. On aura ainsi *la certitude de la vacuité utérine*. Et on ne se posera jamais la question du 2° *curettage*.

Tels sont les avantages de l'exploration digitale.

Nous disons : exploration digitale, et non seulement curage digital.

Il est clair que l'on ne doit pas opposer cette pratique au *curettage*.

L'une et l'autre se complètent.

Tous ceux qui pratiquent le curage savent que certains fragments sont difficiles à détacher au doigt, que la curette facilite singulièrement le travail d'évacuation.

Mais le curettage doit toujours s'accompagner d'un contrôle digital avant et après pour éviter :

Les perforations;

Les curettages incomplets.

Certains auteurs reconnaissant l'avantage d'une telle méthode, lui reprochent de ne pouvoir être appliquée à tous les cas de fausses-couches.

Les uns disent : le plus fréquemment, il est impossible de pratiquer une telle exploration digitale.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 855.

M. A. LAPOINTE. — Je me suis toujours demandé comment il fallait s'y prendre en cas d'avortement dans le cours des premiers mois, pour introduire la main tout entière dans le vagin et un ou deux doigts dans la cavité utérine. A la main, même gantée, qui risque d'entraîner tout ce qui se trouve aux alentours du périnée, je préfère de beaucoup une grosse curette, qui n'a pas besoin d'être tranchante, puisqu'elle n'a rien à trancher.

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 859.

M. J.-L. FAURE. — Sur le curettage, mais dans l'infection post-abortum, je n'ai jamais pu introduire dans l'utérus autre chose que l'extrémité de l'index.

Cela est juste si l'on se borne à pratiquer une dilatation aux bougies.

Mais, si, au contraire, on utilise pour dilater le col, *la méthode lente et progressive* au moyen de lamineaires, on amène à une dilatation suffisante pour introduire un ou deux doigts dans l'utérus.

Les lamineaires agissent en effet sur le col en excitant les contractions utérines. Et celles-ci déterminent une dilatation importante et surtout sans danger.

Dans tous les cas que nous rapportons, les lamineaires nous ont permis d'explorer facilement la cavité utérine.

D'autres disent : une telle dilatation aux lamineaires est évidemment avantageuse, mais elle demande un certain délai, et bien souvent, il est impossible d'attendre sans faire courir de grands risques aux malades :

B. S. *Chirurgie*, 1932, p. 335.

M. P. BROCO. — Doit-on proscrire à tout jamais la dilatation aux bougies de Hégar, je ne pense pas. Il y a des cas urgents, très urgents, quoi qu'en puisse dire METZGER et dans lesquels 24 heures, 48 heures sont un délai trop long en présence de gros dangers : hémorragies, rétention septique ou hyperseptique. Ici, sous-anesthésie générale, la dilatation extemporanée, d'ailleurs assez souvent commencée et rapidement suffisante, est permise et même recommandable.

B. S. *Chirurgie*, p. 110, 1932.

M. AUVRAY. — Mais, même en ayant recours aux lamineaires perforées, je considère qu'il y a dans la majorité des cas un danger très réel à attendre les effets de cette dilatation lente, progressive. Il y a là une pratique qui

est tout à fait en désaccord avec la pratique que je me suis toujours imposée et que j'ai enseignée autour de moi. Que l'utérus à l'entrée des malades à l'hôpital saigne et il saigne parfois très abondamment, que l'utérus soit infecté et il l'est parfois très gravement, il ne me paraît pas douteux qu'il y a un intérêt majeur à débarrasser immédiatement l'utérus des produits de rétention qu'il renferme. En agissant ainsi j'ai conscience d'avoir rendu bien des services et prévenu bien des catastrophes. Je reste donc nettement partisan, comme en 1924, du nettoyage à la curette, qui ne doit pas être trop tranchante.

Nous pensons que, même dans ces cas-là, il y a avantage à ne pas se presser, et à pratiquer une dilatation progressive. Les observations que nous rapportons prouvent d'une façon certaine que la dilatation par les lamineaires rend de réels services dans les cas en apparence les plus graves.

Fausse-couche et infection.

M. Metzger a montré que la méthode de dilatation lente par les lamineaires était sans danger, et même particulièrement favorable, dans les cas en apparence les plus graves, à la condition d'avoir recours à certains détails de technique.

Dans les cas où les fausses-couches sont infectées on peut sans craindre temporiser, et introduire des lamineaires dans le col; mais il faut toujours introduire un *faisceau de lamineaires*, 2 ou 3, selon le cas.

Il se produit alors, toujours :

Une chute thermique;

Une dilatation du col.

Le faisceau de lamineaires, loin de boucher le col, et d'augmenter les risques d'infection, détermine, au contraire, un drainage des sécrétions.

Dans tous les cas observés, il y a eu, à la suite de la pose de lamineaires, un abaissement considérable de la température, de 40 ou 39, vers 37.

Parallèlement à cette chute thermique, on observe une dilatation progressive et large du col.

Ainsi, la pose du faisceau de lamineaires a un double avantage :

Elle permet une intervention sur un milieu moins septique, et en période d'apyrexie.

Elle permet d'explorer la cavité utérine au doigt pour s'assurer de sa vacuité.

Dans tous les cas de fausses-couches infectées, nous avons appliqué cette méthode.

Et dans tous les cas, il y a eu chute thermique et dilatation large du col.

Fausse-couche et hémorragie.

Même ce cas, considéré comme d'extrême urgence peut être justiciable de la méthode de dilatation lente par lamineaires.

Il faut d'abord remarquer que dans la majorité des cas de fausses-couches avec hémorragie très abondante, le col est généralement ouvert et permet l'évacuation *sous le contrôle digital*.

Mais, même dans les cas où le col est fermé, nous pensons qu'il n'y a pas intérêt à se précipiter et à pratiquer une dilatation forcée et un curettage à

l'aveugle. Nous avons assez insisté sur les dangers d'une telle méthode.

Dans ce cas, il suffit d'introduire *une laminaire, une grosse de préférence, qui bouche le col de l'utérus. et arrête l'hémorragie*, et sous l'effet de la laminaire et du caillot intra-utérin qui se forme, les contractions se réveillent généralement très intenses et aboutissent au travail de dilatation du col.

Ce travail se fait très rapidement comme nous avons pu le voir dans les deux observations que nous rapportons.

Et, en général, au bout de quelques heures, on peut pratiquer l'évacuation utérine avec ou sans curette, mais toujours sous *le contrôle du doigt*.

Depuis quelques années, dans le service de M. Metzger, on applique la méthode de dilatation progressive par les lamineaires pour évacuer les utérus, au cours des avortements et nous rapportons ici les résultats de cette méthode.

Les détails de technique sont extrêmement simples.

I. — En présence d'une *fausse-couche infectée*, avec *col fermé*, on introduit dans la cavité cervicale et l'orifice interne

Un faisceau de lamineaires, 2 ou 3 selon les cas. Si l'orifice du col n'est pas assez ouvert pour permettre d'introduire plus d'une laminaire, on dilate avec une bougie de petit calibre. Une telle dilatation est sans danger si l'on s'en tient aux petits numéros de bougies.

On peut donc dans tous les cas, arriver à introduire plusieurs lamineaires.

Ces lamineaires sont laissées 12 à 20 heures environ. Et les observations montrent qu'il n'y a aucun danger à les laisser pendant si longtemps.

Au bout de ce temps, on enlève alors les lamineaires.

Si le col est insuffisamment dilaté, on remet à nouveau des lamineaires en faisceau.

Quand le col est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de un ou deux doigts, on pratique une exploration de la cavité utérine (sous-anesthésie généralement).

On vérifie la forme de la cavité utérine,

Son contenu.

S'il y a des débris placentaires, on essaie de les détacher au doigt.

Mais bien souvent on ne peut les détacher qu'avec une curette.

On dirige alors celle-ci spécialement vers le siège des débris placentaires.

L'évacuation terminée, on pratique une révision utérine au doigt pour :
s'assurer de la *vacuité utérine*.

Ceci fait, on iode la cavité utérine à l'aide d'une compresse montée sur une pince à pansement.

Puis, dans la plupart des cas, on tamponne la cavité utérine, ce qui a l'avantage d'empêcher ou d'arrêter les hémorragies, et de ramener les derniers débris de caduques.

Ce tamponnement est enlevé 5 ou 6 heures après.

2° En cas de fausse-couche avec hémorragie abondante, sans température, et col fermé :

On introduit une *grosse laminaire* bouchant le col.

Puis, au bout de 5 à 10 heures, après de violentes coliques, le col est généralement dilaté. On évacue alors l'utérus comme nous l'avons indiqué.

Voici, recueillies dans le service de M. Metzger, à la Maternité de Bretonneau, 75 observations mettant en évidence les avantages d'une telle méthode.

Dans tous les cas, la même technique fut appliquée, mais ces observations peuvent être classées en un certain nombre de groupes :

I. — Dans un *premier groupe*, nous rangerons les fausses-couches avec infection et col fermé qui ont évolué sans incident après le traitement.

Dans toutes ces observations, la pose du faisceau de laminaires a déterminé :

Une chute thermique;

Une dilatation du col.

qui ont permis d'évacuer l'utérus dans les meilleures conditions.

III. — Dans un *deuxième groupe*, nous signalerons les cas où, après le traitement, la température s'est élevée. Si l'on avait fait un curettage sans contrôle digital, le problème du 2° curettage se serait posé.

Mais la certitude que l'on avait de la vacuité utérine a permis de ne pas intervenir à nouveau. L'évolution s'est toujours faite vers la guérison, ce qui vient à l'appui de ce que disait :

B. S. *Chirurgie*, 1924, p. 713.

M. LENORMAND. — Plus je vais et plus j'ai la conviction que, lorsqu'on est sûr de l'évacuation complète de l'utérus, il n'y a plus grande place pour une intervention active et qu'il faut savoir attendre, même si la température reste élevée et l'état général inquiétant.

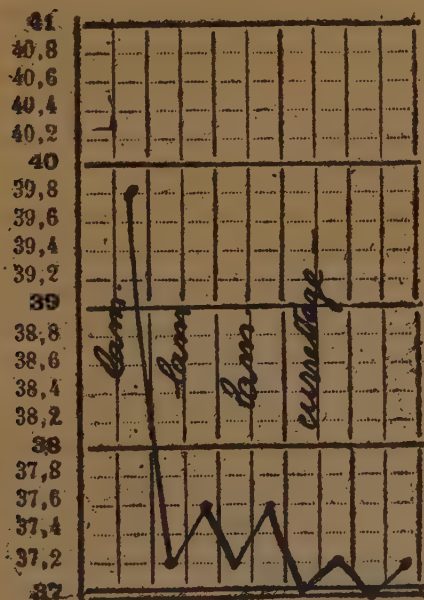
II. — Dans un *troisième groupe*, nous rangeons des cas, analogues quant à l'infection, mais au cours desquels des anomalies de formes ou certaines particularités, mettent en évidence l'avantage de la méthode qui a permis d'éviter des complications telles que des perforations.

Enfin, dans un *dernier groupe*, nous signalerons 3 cas de fausse-couche avec hémorragie grave au cours desquelles la dilatation lente par *une* laminaire a permis une évacuation certaine et une guérison rapide.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Mme L... 39 ans. 2^e pare. Dernières règles : fin juillet 1929.



Entre dans le service le 23 octobre 1929 parce que :
 Elle perd du sang depuis trois semaines. Elle avoue
 avoir provoqué un avortement à cette époque. Le

foetus et la placenta auraient été expulsés. Mais, depuis :

Elle perd du sang d'abord rouge, puis brunâtre, épais et fétide.

Elle présente une température élevée d'abord aux environs de 38°, puis 39° et 40° depuis 2 jours.

Elle se plaint de céphalée, d'anorexie, de douleurs abdominales.

A l'entrée : La température est à 39°8.

Au toucher : Le fond utérin remonte à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le col est long et fermé.

Pose de lamineaires : On essaie de passer 2 n° 12, mais on ne peut y arriver. On dilate alors le col avec une bougie de petit calibre et on arrive ainsi à passer les deux lamineaires.

Le lendemain : La température est à 37°2.

La femme s'est plaint toute la nuit de coliques utérines. Le col n'est cependant pas ouvert, mais les lamineaires sont étranglées au niveau de l'orifice interne.

On remet 2 lamineaires 12 et 14.

Le surlendemain : Le col est plus mou, plus ouvert, mais pas assez toute de même pour permettre de faire une exploration digitale.

On remet 3 lamineaires.

Enfin, le 27, le col est assez dilaté, l'exploration au doigt montre la présence de nombreux débris placentaires qu'on enlève à la pince de Bonnaire et à la curette de Cuzzi.

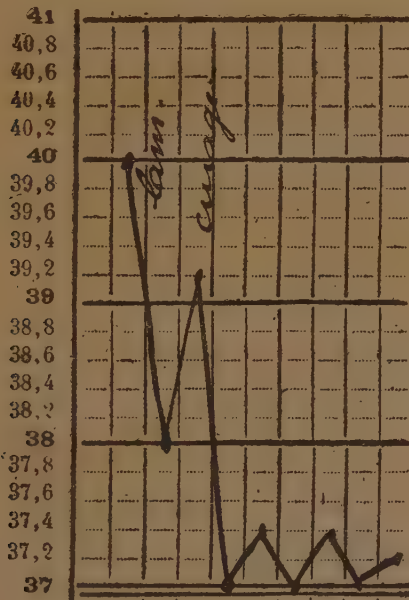
La révision digitale montre qu'il y a encore du placenta dans la corne droite. On l'enlève à la curette mousse et on fait une nouvelle révision digitale qui montre que la cavité est vide.

Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Mme S. B. 29 ans.

Entrée pour : *Hémorragies*, le 5 juillet 1930.



Dernières règles : 20 avril.

Depuis le 29 juin :

Elle perd du sang *tous les jours*.

Elle a expulsé un gros caillot.

A l'entrée : Hémorragies assez abondantes. Température : 40°.

Au toucher : Le col est à peine entr'ouvert à l'orifice externe.

Pose de la minaires n° 12.

Le lendemain : le matin, la température est à 38°.

Le soir, la température est à 39°2.

Mais on enlève les lamineaires et le col apparaît assez ouvert pour permettre l'introduction de deux doigts.

On sent l'œuf dans la cavité utérine;

On le décolle au doigt, et on l'extraît facilement.

Curettage rapide de la muqueuse.

Iodage.

Le surlendemain : le température est à 36°8.

Suites normales.

Dans cette observation on peut noter que :

1° Le drainage par le faisceau de lamineaires semble avoir été insuffisant.

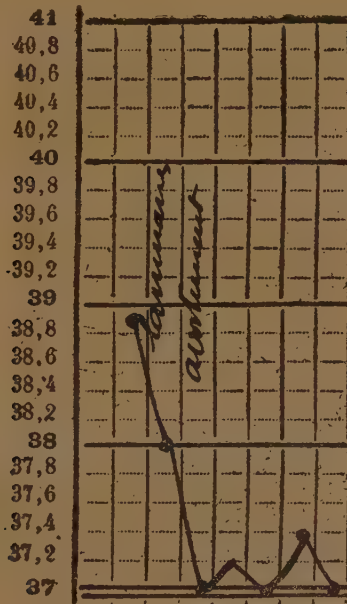
C'est le seul cas de ce genre que nous ayons observé.

2° Cependant, malgré l'élévation de la température on ne s'est pas pressé d'évacuer l'utérus à l'aveugle, alors que l'état du col ne permettait pas l'exploration digitale. L'attente n'a nullement été dangereuse et au contraire, la pose de lamineaires en période thermique a permis une évacuation sûre, *sans danger, sans complications de la cavité utérine.*

Mme G... 1 pare. Dernières règles : fin août 1930.

Entre dans le service le 25 novembre 1930, pour des douleurs abdominales, un écoulement sanguin léger, une température à 38°9.

Elle avoue avoir pratiqué des manœuvres abortives (sonde), l'examen montre un col légèrement entr'ouvert et mou; le corps est à 3 travers de doigt au-dessus du pubis.



Il s'écoule une sérosité louche et fétide.

On décide de poser 2 lamineaires 18-24.

Le 26 : Dans la nuit, la malade a eu de violentes coliques à la suite desquelles elle a expulsé :

Les lamineaires;

Un fœtus de 3 mois environ;

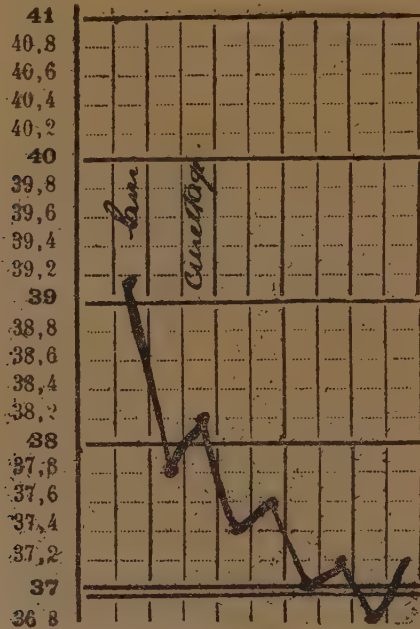
Le placenta.

On met néanmoins la femme sur la table pour s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage de la cavité utérine.

Les jours suivants, la température s'est abaissée progressivement.

Mme P... 22 ans. 2 pare. Dernières règles : 25 septembre 1930.



Entre le 5 décembre 1930 dans la soirée pour une hémorragie importante.

Elle a eu la semaine précédente quelques douleurs

abdominales espacées, d'abord, puis très rapprochées, à la suite desquelles elle a perdu brusquement un caillot de sang dans lequel elle a cru reconnaître un fœtus.

A l'examen : Malade assez pâle, présentant une température à 39°1.

Le toucher montre un col entr'ouvert à l'orifice externe et déchiqueté comme traumatisé, fermé à l'orifice interne. Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus du pubis, mou et *douloureux à la pression* sur les bords.

Pose de 2 lamineurs 18-14.

Le lendemain matin : la température est à 37°8.

On enlève les lamineurs.

Le col est largement entr'ouvert et permet l'exploration digitale de l'utérus.

On y trouve un placenta presque entier, fétide, qu'on enlève facilement à la pince mouchette.

La révision montre que l'utérus est vide.

Iodage de la cavité utérine.

Tamponnement qu'on enlève 6 heures après sans incident.

Suites de couches apyrétiques.

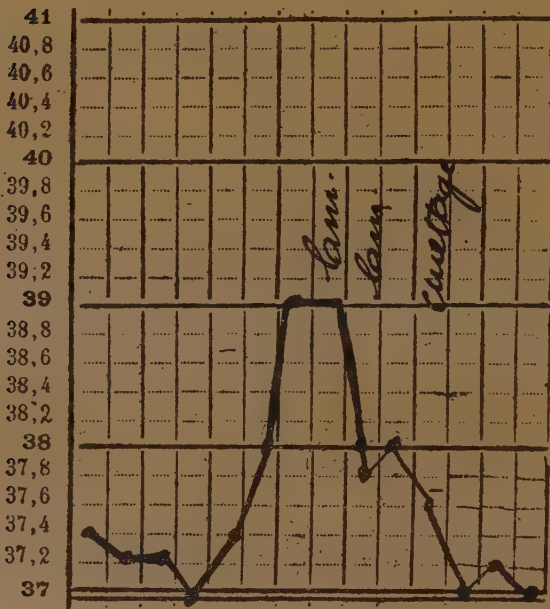
Mme O. Léontine. 30 ans. 2 pare. Dernières règles : 15 janvier 1931.

Entre à l'hôpital le 10 mars 1931 parce qu'elle présente quelques hémorragies de sang rouge, survenant depuis une semaine, s'accompagnant de douleurs abdominales et lombaires obligeant la malade

à s'aliter. Elle aurait eu, il y a une semaine, une température élevée à 39° qui ne s'est pas maintenue.

Le 11 mars, à l'examen : On se trouve en présence d'une femme assez pâle; sa température est à $37^{\circ}4$; le pouls régulier à 80.

L'examen montre un utérus gros comme pour une grossesse de 2 mois environ.



Col long et fermé.

La femme ne saigne presque plus. Sa température étant peu élevée, on met de la glace sur le ventre et on attend.

Le 14 mars : La température s'élève à 39° matin et

soir. La femme a quelques frissons et commence à perdre un peu de liquide brunâtre.

On décide alors de poser des lamineaires : 2 n° 12.

Le 15 mars : Température à 37°8.

Le col est insuffisamment dilaté, on met de nouveau 3 lamineaires 12-18-18.

Le 16 mars : La température est à 38°. La femme a eu des coliques toute la nuit.

On enlève les lamineaires, et, sous-anesthésie générale au chloroforme. On explore la cavité utérine au doigt, ce qui est facilement réalisé, car le col est presque entièrement effacé et dilaté comme 2 f.

On sent quelques débris au niveau de la corne droite, difficilement détachables,

On les enlève à la curette de Cuzzi.

L'exploration digitale montre alors la vacuité de l'utérus.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

T. Madeleine. 32 ans. 4 paré.

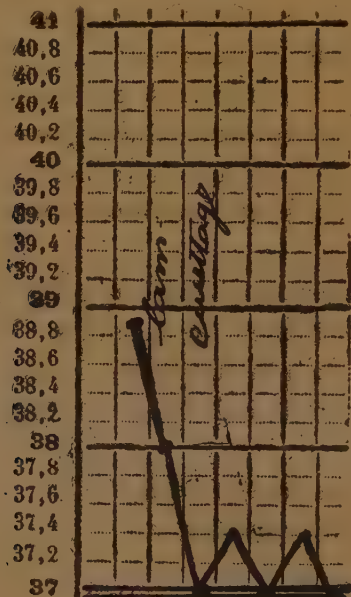
Entre à l'hôpital le 3 mars 1931 pour hémorragies assez abondantes avec quelques caillots, température avec frissonnements.

Dernières règles : 25 *Janvier*, et, vers la fin de février, à l'occasion d'un effort (?), elle a ressenti une douleur abdominale, elle a commencé à perdre, et sa température s'est élevée progressivement à 38°, 38°5.

Actuellement : Température à 38°9.

La femme perd quelques caillots, mais le toucher montre un col légèrement entr'ouvert, ne permettant pas l'introduction du doigt; *on aurait pu, à la rigueur, introduire une curette.*

On pose 3 lamineires 18-12-24.



Le lendemain : La température est à 38°.

Mais le col est largement ouvert et permet :

Le curettage après exploration au doigt de l'utérus qui montre la présence de nombreux débris placentaires.

La révision utérine montre que l'utérus est vide.

La femme continue à saigner. On met un tamponnement après iodage de la cavité utérine.

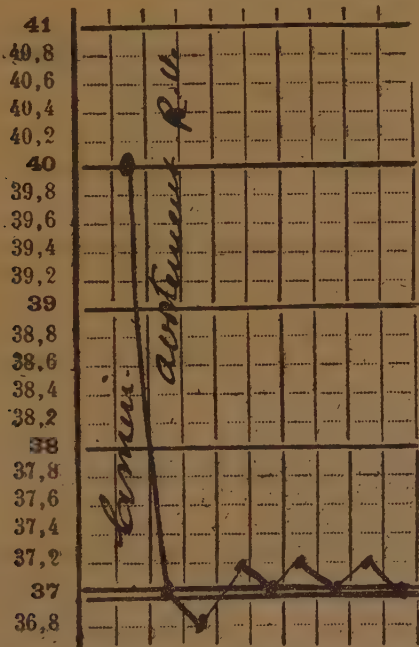
Suites de couches apyrétiques.

Mme P... 34 ans. 3 pare.

Dernières règles : 1^{er} Mars 1931.

Entre dans le service le 19 août 1931 à 12 heures, parce que depuis plusieurs jours, *elle saigne, et sa température s'élève.*

Elle avoue avoir pratiqué manœuvres abortives (sonde intra-utérine), à la suite desquelles elle a expulsé de gros caillots, mais elle n'a pas vu le fœtus.



A l'examen : Température à 40.

Le col est à peine entr'ouvert à l'orifice externe. Le corps remonte au niveau de l'ombilic et de la vulve s'écoule une sérosité épaisse et très fétide.

Pose de lamineaires 18-12-12 à 12 heures.

30 minutes après, la malade est prise de violentes coliques et présente un frisson assez intense (10 minutes).

Les contractions continuent de plus en plus rapprochées.

Vers 23 heures, elle expulse les lamineaires, puis un fœtus mort de 350 grs environ, le placenta vient après.

La *Révision utérine* permet de s'assurer de la vacuité de l'utérus.

Iodage. Tamponnement.

Au moment de l'avortement, la température était à 37°.

Suites de couches sans incidents.

Mme B... 31 ans, 3 pare. Dernières règles : fin octobre 1931.

La malade entre dans le service le 9 février 1932. parce qu'elle a « perdu les eaux » 2 jours auparavant.

Puis, elle a commencé à perdre un peu de sang rouge avec quelques caillots.

Enfin, la veille de son entrée, la température s'est élevée à 37°8 le matin, à 40° le soir.

A l'entrée : La température est à 40°.

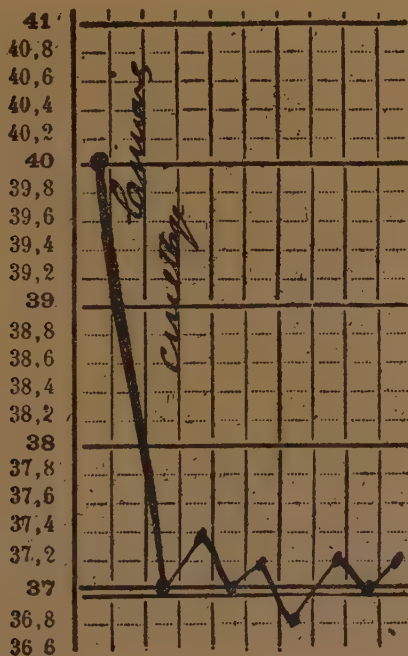
La femme a quelques frissonnements, elle perd un liquide sanguinolent, fétide.

Au toucher : le col est long, fermé, le corps re-

monte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.
Pose de lamineaires : 2 de 18 et une de 12.

Dans la nuit, la malade a de violentes coliques.
Le lendemain matin, *la température est à 37°.*

Les coliques demeurent intenses et aboutissent
à l'expulsion des lamineaires.



Le col est assez dilaté pour permettre l'exploration
au doigt.

On ramène de nombreux débris placentaires à la
curette de Cuzzi.

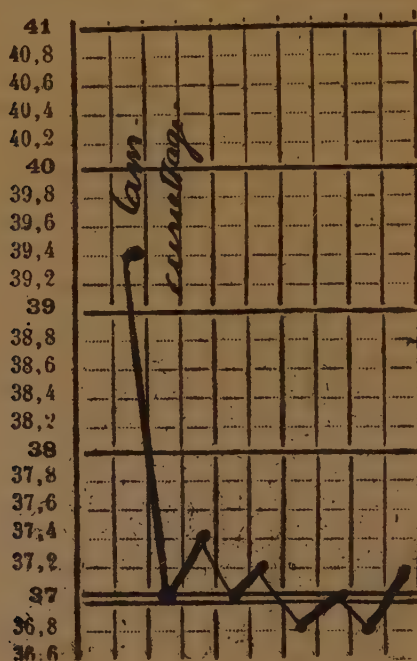
La *révision digitale* montre la vacuité de l'utérus.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches sans incidents.

Mme P... 25 ans. 4^e pare. Dernières règles: 3 février 1932.

Entre le 2 mai 1932, parce qu'elle a, depuis hier soir: des frissons avec température à 40° (chez elle).



Elle rattache le début des accidents à une chute (?) dans la rue survenue il y a 3 semaines. Depuis cette époque, elle perd du sang rouge tous les jours, et ressent de petites douleurs abdominales.

A l'entrée : La femme présente encore quelques petits frissonnements. Température : 39°4.

A l'examen : Col entr'ouvert à l'orifice externe mais

fermé à l'orifice interne.

Ecoulement de liquide brunâtre fétide.

Pose de laminaires : 2 n° 18.

Le lendemain : Température à 37°.

Le col est largement perméable.

On pratique alors l'exploration de l'utérus.

Nombreux débris placentaires qu'on ne peut enlever qu'à la curette de Cuzzi.

L'exploration au doigt montre alors que l'utérus est vide.

Iodage de la cavité.

Tamponnement.

Suites de couches apyrétiques.

Mme B... 1^{er} pare. 22 ans. Dernières règles : 15 avril 1932.

Entre dans le service le 20 juin 1932 pour pertes fétides sanguinolentes s'accompagnant de température à 39°.

Elle avoue avoir pratiqué un avortement dont le premier temps s'est fait chez elle le 17 juin.

Depuis, elle continue à perdre et sa température s'est élevée progressivement.

A l'examen : Le col est à peine entr'ouvert.

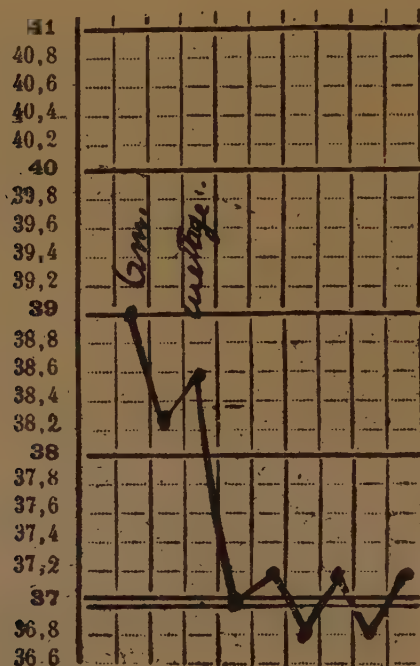
Le corps est gros et mou mais non douloureux.

Pose de 3 laminaires : 16-18-30.

Le 21 juin : La température descend légèrement à 38°3, mais surtout, le col qui s'est effacé en partie est largement perméable, et on peut ainsi pratiquer facilement :

Un curettage à la curette de Cuzzi qui ramène de nombreux débris placentaires.

Une révision digitale qui montre la vacuité utérine.



Iodage de la cavité utérine.

Le 22 : La température est à 37°.

Suites de couches apyrétiques.

Mme P... 24 ans 2^e pare. Dernières règles 2 juillet.

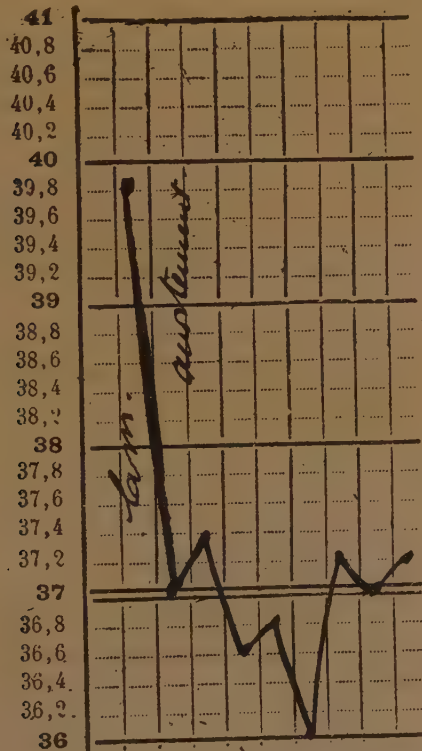
Entre à l'hôpital le 18 septembre 1933 pour :

Hémorragies peu abondantes, avec des coliques lombaires et abdominales.

Une température à 39°8.

Les douleurs remontent à 48 heures environ, suivies rapidement de petites hémorragies noirâtres.

Puis, apparaissent des frissonnements répétés avec élévation de la température, qui ont déterminé la malade à se faire hospitaliser.



Au toucher : On sent un col long et fermé, un utérus gros comme pour une grossesse de 2 mois environ.

A cause de la température, on décide de poser 2 lamineaires n° 12.

Dans la nuit, la malade est prise de violentes coliques, et le matin elle expulse brusquement les laminaires et un œuf.

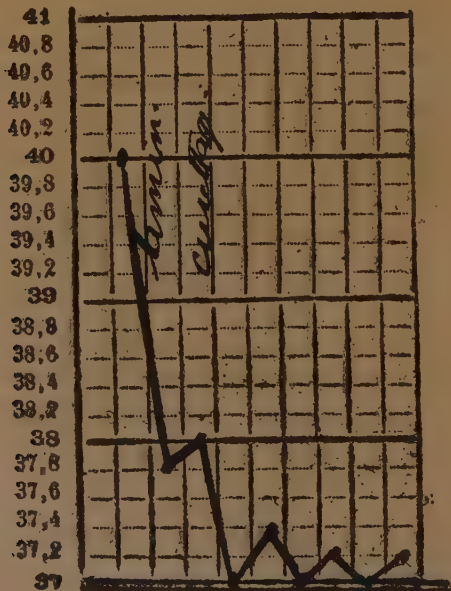
On pratique immédiatement une *révision utérine* au doigt, ce qui est facilement réalisé. L'utérus est vide, on donne néanmoins quelques coups de curette pour enlever les restes de caduques.

Iodage et tamponnement.

Le matin, la température est à 37° , et les suites de couches sont apyrétiques.

Mme C.

Entre dans le service le 25 pour une température élevée à 40° .



Elle raconte une histoire d'hémorragies avec caillots survenues 2 jours auparavant, alors qu'elle était enceinte de 2 mois environ.

Elle présente de nombreux petits frissons.

Son état général paraît touché, son teint est légèrement terreux.

Elle a des pertes sanguinolentes fétides, relativement abondantes.

Au toucher : Le col est à peine entr'ouvert.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Pose de lamineaires : 3 n° 16.

Le lendemain : La malade a de fréquentes coliques dans la nuit.

Elle ne présente plus de frissons.

Elle semble plus reposée et la température est à 37°8.

Le col largement ouvert permet de faire un *curage digital* qui vide complètement l'utérus des nombreux placentaires qu'il contenait.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Madame T..., 21 ans, 3^e pare. D. R. Avril 1932.

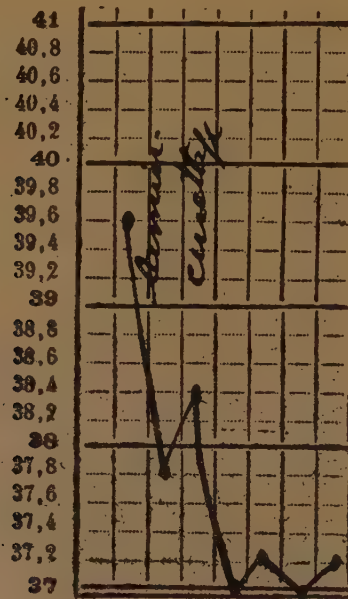
Entre dans le service le 11 juin 1932 pour une hémorragie abondante survenue 2 jours auparavant, hémorragie de sang rouge avec de gros caillots. De plus sa température s'est élevée progressivement.

Avant d'entrer à l'hôpital, elle a expulsé un fœtus.

A l'entrée, la femme continue à saigner, mais peu.
Sa température est $39^{\circ}6$.

Au toucher le col est entr'ouvert, mais pas suffisamment pour permettre l'exploration de l'utérus au doigt.

Pose de lamine : 2 n° 18.



Le lendemain : Température à $37^{\circ}8$.

Le col est assez dilaté pour laisser passer facilement l'index.

On ramène quelques débris de placenta à la curette.

La révision utérine montre alors que l'utérus est vide.

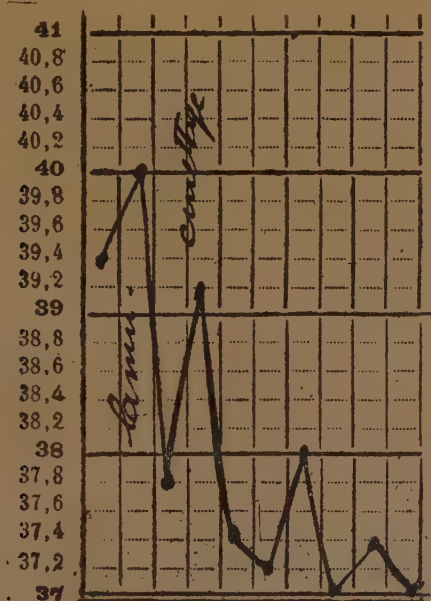
Iodage de la cavité utérine.

Evolution sans incident.

Note. — Mme T.. a déjà fait une *fausse-couche* (dans le service) avec *infection*. Pose de *laminaires* et évolution identique.

Son observation a déjà été rapportée par M. Metzger et nous-mêmes à la S. O. et C. en mai 1932.

Madame Chr... 26 ans, 4^e pare. *Dernières règles le 12 mai 1932.*



La malade ressent depuis 8 jours des douleurs abdominales. Deux jours avant son entrée, ces douleurs se sont accentuées et se sont accompagnées d'*hémorragies* : sang rouge avec expulsion de caillots.

En même temps, la température s'élevait.

La malade décide de se faire hospitaliser et entre dans le service.

A l'examen :

Température à 39°4.

Pouls rapide, la malade a quelques frissonnements. Elle perd du sang brunâtre en petite quantité.

Au toucher : le col est entr'ouvert à l'orifice externe. Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On pose 2 lamineurs 18 et 12.

Le soir, la température est à 40°, mais elle retombe le lendemain matin à 37°8.

A ce moment, le col est assez dilaté pour permettre l'introduction de deux doigts dans l'utérus.

Evacuation à la *curette* de quelques débris *placentaires*.

Iodage de la cavité utérine.

La révision au doigt permet alors de s'assurer que l'utérus est vide.

Suites de couches sans incidents.

Mme L... Marianne, 26 ans, 3^e pare.

Entre dans le service le 27 mai 1933, à 20 h. 30, pour

— des pertes de sang peu abondantes avec quelques caillots survenus depuis la veille, à 18 h.

— des douleurs abdominales et lombaires se renouvelant toutes les 30 minutes.

Dernières règles : 7 mars 1933.

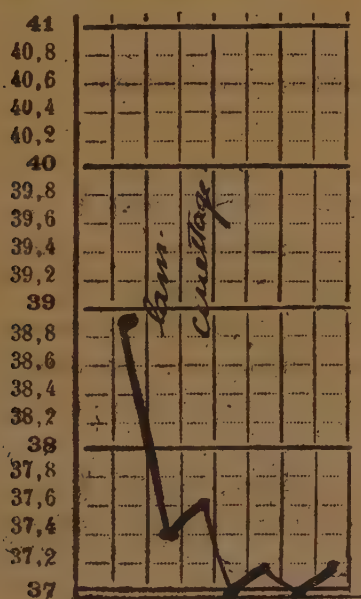
2 grossesses. Accouchements normaux.

A l'examen :

La température est de 38°P.

Pouls à 110.

L'état général relativement bon.



L'abdomen : souple, on sent un utérus remon-
tant de 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le toucher montre :

un col long, mou, entr'ouvert à l'orifice externe,
mais fermé à l'orifice interne. On ramène un li-
quide sanieux, fétide.

On pose 2 lamineires 18-12.

Le 28 mai 1932 : la température est à 37°4.

On met la malade sur la table :

On enlève les lamineires.

Le col est moins long, l'orifice interne permet l'introduction de l'index.

On retire quelques débris placentaires.

On pratique un curettage à la curette de Cuzzi.

Iodage de la cavité utérine. La femme ne saigne pas.

Suites de couches apyrétiques.

Madame L... Dernières règles : fin avril 1932.

Entre dans le service le 6 juillet 1932.

Se plaignant d'hémorragies de sang rouge survenues deux jours avant son entrée. D'abord abondantes, et accompagnées de coliques avec expulsion de caillots, les hémorragies se sont atténuées, en même temps que la température s'élevait à 38°5 pour atteindre 39° à l'entrée.

La malade se plaint de céphalée, de petits frissons, de douleurs abdominales sourdes sous-ombilicales.

A l'examen :

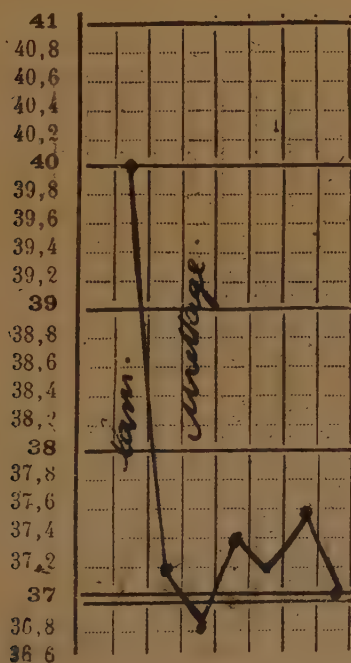
Le col est long, entr'ouvert, mais ne permet pas d'introduire la pulpe de l'index;

le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

On décide d'évacuer l'utérus après dilatation lente : on introduit 3 lamineires n° 12.

Le lendemain : La température est à 37°2, la malade a eu des douleurs pendant toute la nuit.

Après avoir enlevé les lamineaires, on constate que le col est largement ouvert et permet de faire un curage digital qui ramène quelques débris placen-



taires. Au niveau de la corne gauche, il reste un débris qu'on ne peut enlever qu'à la curette de Cuzzi. Après le curetage, on fait une révision qui montre la vacuité de la cavité.

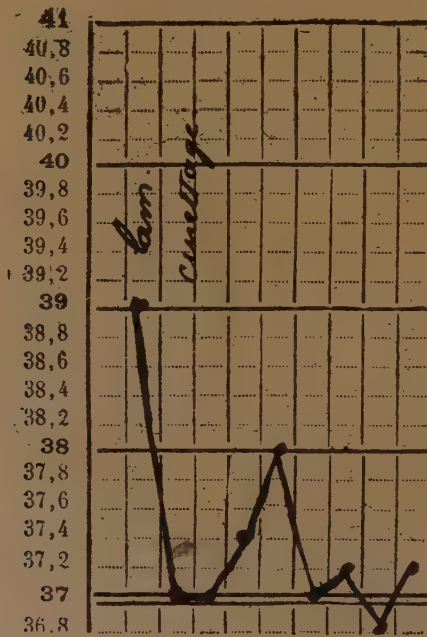
Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Madame L..., 40 ans, 5^e pare. Dernières règles :
25 juillet 1932.

Entrée dans le service le 28 janvier 1933 parce
que :

- elle perd du sang ;
- présente une température élevée avec des
frissons.



L'examen à l'entrée montre :

une température à 39°

au toucher : un col entr'ouvert aux deux orifices
mais ne permettant pas l'introduction aisée de
l'index ;

un corps mou remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

La femme saigne moins.

On met 3 lamineurs 18-18-12.

Le lendemain, la température est à 37°

La malade a eu de violentes coliques la nuit.

On pratique alors sous-anesthésie générale une évacuation de l'utérus qui est facile à faire au doigt: le col est en effet largement ouvert et presque effacé.

On ramène de nombreux débris placentaires.

Iodage de la cavité utérine.

Tamponnement qu'on enlève 5 heures après sans incident.

Le lendemain légère poussée à 38°, mais passagère.

Les jours suivants : Température normale.

Madame D..., 33 ans, 3^e pare. Dernières règles : août 1932.

Entre à l'hôpital le 23 novembre 1932.

Elle avoue avoir tenté des manœuvres abortives trois jours auparavant.

Elle a perdu du sang avec de gros caillots, puis sa température s'est élevée — en même temps qu'elle présentait quelques frissonnements.

A l'entrée : Température 39°2 — la malade présente de l'herpès sur les lèvres.

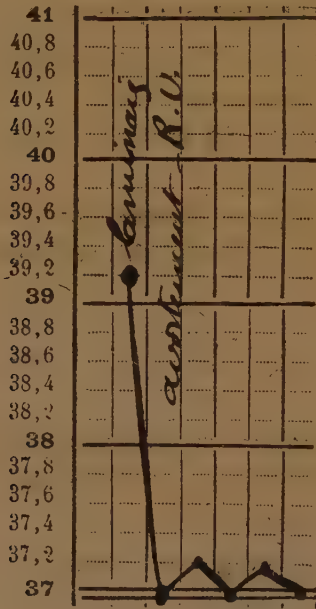
Au toucher : le col est mou, entr'ouvert.

Le corps remonte à 2 doigts au-dessus de la symphyse.

Pose de lamineaires : 3 n° 18.

La malade est prise de violentes coliques, aboutissent 10 heures après à l'expulsion d'un fœtus mort de 3 mois 1/2 environ.

Le placenta tardant à venir, et la femme commençant à saigner, on extrait celui-ci à la pince mouchette.



La *révision utérine* au doigt permet de s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage de la cavité utérine.

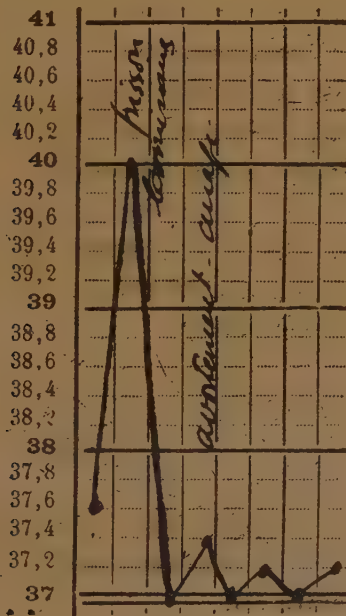
Tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Madame M..., 26 ans, 5^e pare. Dernières règles :
1^{er} août 1932.

Entre dans le service le 17-12-32 parce que depuis
4 jours :

elle a perdu les eaux ;
elle commence à saigner ;
sa température s'est élevée.



Elle avoue avoir essayé de se faire avorter (sonde).
— elle a perdu un gros caillot, mais n'a pas expulsé
le fœtus. Chez elle la température était à 38°4.
A l'examen : Température à 37°6 ;
Col à peine perméable ;

Utérus remontant un peu au-dessous de l'ombilic.

On met la malade en observation.

Le soir, vers 6 heures, la malade fait un frisson de 10 minutes environ.

Sa température s'élève à 40°.

Pose de laminaires : 3 n° 12 qui réveillent les contractions. Celles-ci durent toute la nuit.

Au matin, les *coliques* sont très rapprochées et la malade expulse ses laminaires.

A ce moment, la température est à 37°.

Vers 5 heures, la femme expulse un fœtus mort, puis le placenta qui paraît incomplet.

On fait une *révision utérine* permettant d'enlever quelques débris placentaires qui étaient restés, et de s'assurer ensuite de la vacuité de l'utérus.

Evolution sans incidents.

Observation Madame L...

Entre dans le service le 6 juillet 1932.

Dernières règles le 20 avril.

La malade entre pour des hémorragies utérines survenues depuis 8 jours environ à la suite d'une chute sur le ventre (?).

D'abord abondantes, avec des caillots, elles sont devenues moins abondantes, mais plus épaisses et fétides, et surtout elles s'accompagnent de température dans les environs de 38°2, 38°5 tous les soirs.

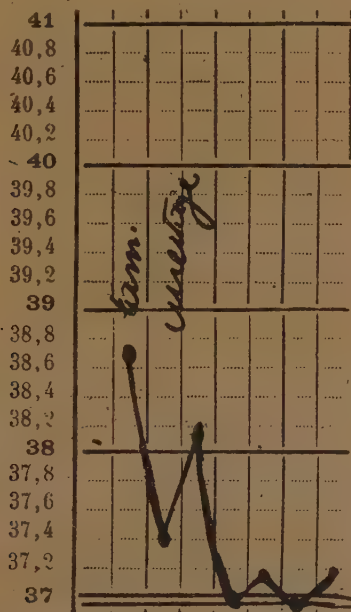
A l'entrée : On trouve la température à 38°7, la malade présente un assez bon état général.

L'examen montre un col long et dur, mais légèrement entr'ouvert, comme déchiqueté à son orifice externe.

On met 4 lamineires n° 12.

Le lendemain : Température à $37^{\circ}4$, la malade a eu de violentes coliques dans la nuit.

On enlève les lamineires qui paraissent étranglées au niveau de l'orifice interne.



Néanmoins la dilatation est suffisante pour permettre de faire un curage qui ramène de nombreux débris placentaires.

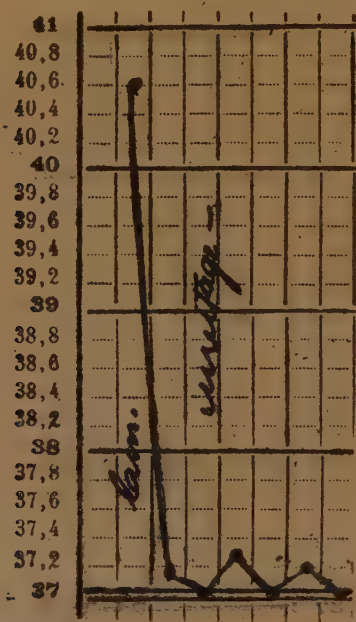
Iodage de la cavité utérine.

Le soir : La température remonte à $38^{\circ}4$, mais les jours suivants elle s'abaisse progressivement.

Madame H..., 24 ans, 4^e pare. Dernières règles :
5 au 10 avril.

Entre à l'hôpital le 14 juillet 1932 pour une température élevée à 40° 6/10.

Elle a eu une hémorragie importante la veille avec expulsion de gros caillots, et rapidement la température s'est élevée, s'accompagnant de frissons répétés.



A l'examen : On est en présence d'une femme agitée
et pâle, perdant peu.

Toucher : Le col est long et fermé ;

l'utérus gros remonte légèrement au-dessus du
pubis.

On pose 2 lamineires n° 12-18.

Le lendemain : *Chute thermique à 37°2*

le col est déjà dilaté et permet :

— l'exploration digitale qui montre l'existence de placenta dans l'utérus ;

— l'évacuation du placenta à la curette ;

— la révision au doigt qui montre la vacuité utérine.

Iodage.

Tamponnement.

Madame B..., 23 ans, 1^e pare. Dernières règles : 28 octobre au 3 novembre 1932.

Entre dans le service le 13 janvier 1933, 22 heures.

Vers le 15 décembre, la malade a fait un épisode fébrile sans localisation qu'elle a considéré comme une grippe.

Vers le 8 janvier, la malade était beaucoup mieux mais très fatiguée.

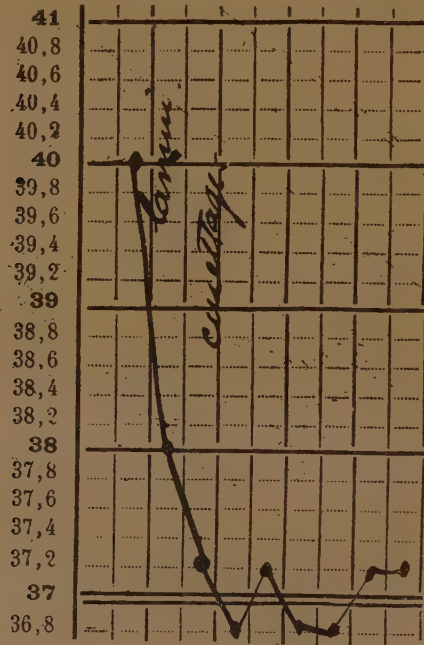
Le 10 janvier, la malade étant encore alitée a fait un grand frisson qui a duré 20 minutes. La température s'est élevée à 40°. Un médecin consulté a diagnostiqué une rechute de grippe.

Le 12 janvier, vers 14 heures, la malade s'est aperçue qu'elle perdait du sang : léger suintement de sang rouge et un caillot.

Depuis le début de sa « grippe », la malade dit avoir eu des douleurs dans le bas-ventre qu'elle compare à des contractions : d'abord intermittentes puis

se rapprochant et apparaissant toutes les 5 minutes au moment où elle a commencé à perdre du sang. Cette perte de sang est toujours restée semblable à elle-même et n'a pas augmenté en abondance.

A l'entrée : La température est à 41°.



La malade a un grand frisson.

Utérus dépassant de 2 travers de doigt la symphyse.

Col : Orifice externe à peine perméable au doigt.

Pose de 3 lamineaires 14-14-12.

Cette pose de lamineaires est suivie de douleurs et de contractions utérines.

Les lamineaires sont expulsées à 6 heures du matin et à ce moment la température est à 38°1.

A 9 heures, expulsion d'un œuf de deux mois.

A 11 heures on pratique un curetage :

Col largement dilaté — le placenta est à demi-sorti dans le vagin. On l'extraît facilement.

Le toucher intra-utérin montre alors que l'utérus est vide.

Curetage à la curette mousse.

Iodage. Tamponnement.

L'utérus paraissant mou on fait une injection d'ergotine.

Suites de couches sans incidents.

Madame M... F..., 31 ans, 4^e pare. Dernières règles : 12 décembre 1932.

Entre dans le service le 8 avril 1933, parce que, depuis plus de 15 jours, elle perd du sang.

Elle raconte que 15 jours avant, elle a tenté des manœuvres abortives ayant abouti à l'évacuation du fœtus et du placenta.

Mais depuis :

— elle perd du sang continuellement, noir, fétide ;

— elle se sent fatiguée et surtout depuis 2 jours, car la température a commencé à s'élever à 38°5.

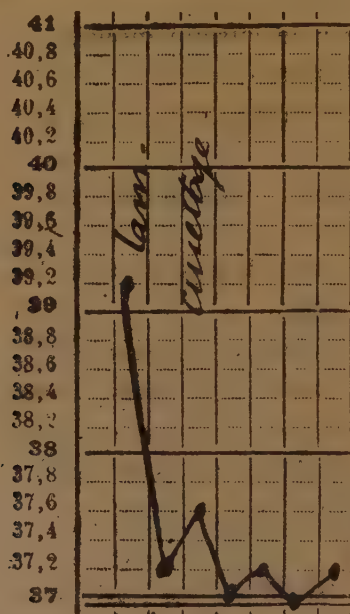
A l'entrée : On se trouve en présence d'une femme pâle, se plaignant de céphalée, de douleurs abdominales assez vives au-dessus du pubis.

La température est à $39^{\circ}2$.

Pendant l'examen, la malade a de nombreux frissons.

Au toucher : Col entr'ouvert ;
corps remontant au-dessus de la symphyse, mou
et douloureux.

Pose de lamineaires n^{os} 14-14-12.



Le lendemain : Chute thermique à $37^{\circ}2$.

On enlève les lamineaires.

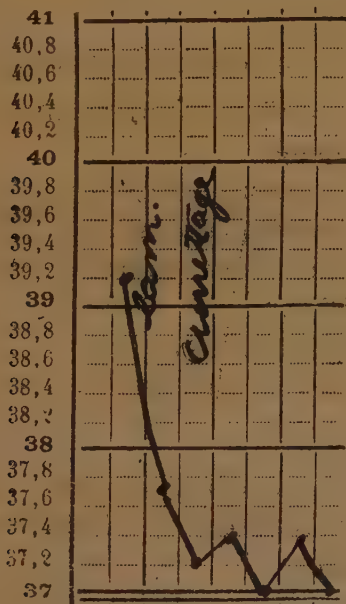
Le col est assez ouvert pour permettre la révision au doigt qui montre la présence de débris placentaires au niveau de la corne droite. On les enlève facilement à la curette de Cuzzi.

La révision montre alors la vacuité de la cavité utérine.

Iodage et tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Madame A..., 32 ans, 4^e pare. Dernières règles 4 novembre 1932.



Le 28 janvier 1933, la malade vient à la consultation de Bretonneau pour une petite hémorragie utérine.

Le 5 mars, nouvelle perte de quelques gouttes de sang.

Le 6 mars, perte abondante avec quelques caillots.

Le 7 mars au matin, un médecin lui ordonne un

repos au lit et lavement laudanisé, mais aussitôt après elle perd un gros caillot, c'est alors qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée : La femme perd encore un peu de sang noirâtre, épais, mais surtout sa température est à 39°2.

Le col est long et fermé.

Le corps remonte à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

On décide de poser des lamineuses . 12-14-14.

Le 8 mars 1933 : Chute de température à 37°7.

Le col est dilaté.

On peut facilement évacuer le contenu utérin : nombreux débris placentaires.

La révision au doigt permet de s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Observation V. D..., 29 ans, 1^{re} pare.

Entre dans le service le 13 février 1933 pour une *hémorragie utérine*.

Dernières règles : 10 au 16 décembre 1932.

Elle avoue avoir tenté des manœuvres abortives, il y a 6 jours. Depuis ce moment, la femme dit avoir expulsé son fœtus mais pas le placenta. Elle saigne tous les jours.

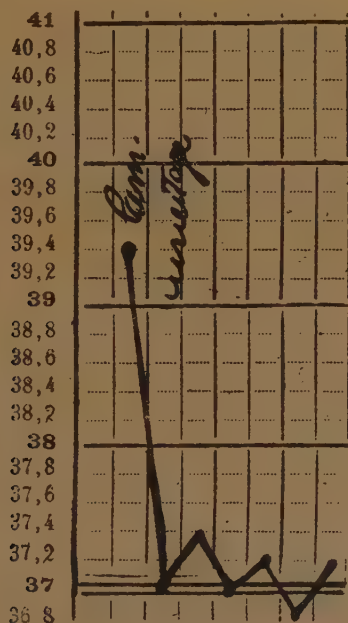
Actuellement la température est à 39°4.

Elle a de nombreux frissons.

Au toucher : Col légèrement entr'ouvert, mais ne permettant pas de faire le contrôle digital de l'utérus.

On pose 3 lamineaires : 18-18-24.

Dans la nuit la femme expulse les lamineaires. La température est déjà à 37°.



On pratique l'évacuation au doigt de quelques débris placentaires. D'autres ne peuvent être enlevés qu'à la curette.

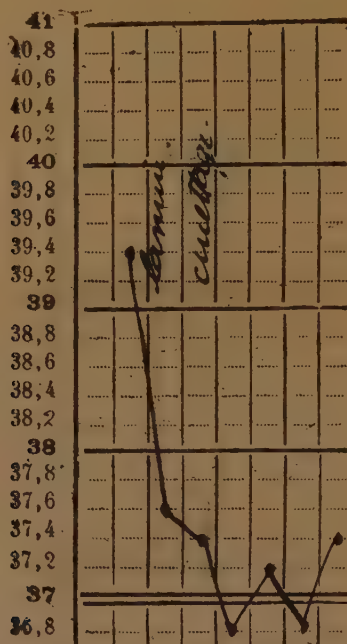
Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Madame D..., 33 ans, 6^e pare. Dernières règles : 1^{er} mai 1933.

Entre dans le service le 12 août 1933, parce que depuis plusieurs jours *elle perd du sang* et que *sa température s'élève*.

Les hémorragies, au début abondantes, avec de violentes coliques, et expulsion de gros caillots, se sont progressivement atténuées.



Mais trois jours avant son entrée, la température s'élevait progressivement.

Aujourd'hui elle est à 39°4, la malade ressent une violente céphalée.

A l'examen : Le col est entr'ouvert aux deux orifices mais ne permet pas l'exploration digitale de la cavité utérine.

Le corps remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Le toucher ramène une sérosité fétide et épaisse.

Pose de lamineaires : 3 n° 18.

Le lendemain : Chute thermique à 37°6.

L'exploration utérine est alors possible.

On trouve quelques petits débris placentaires dans la corne droite.

On détache une partie facilement au doigt, et le reste plus adhérent à la curette.

Révision utérine au doigt, montrant que l'utérus est vide.

Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Madame V. J..., 26 ans, 3^e pare. Dernières règles : 1^{er} août 1933.

Entre dans le service le 23 octobre 1933 pour de la température avec frissonnements, céphalée, vomissements.

A l'examen : Température à 40°.

Urines rares foncées, sans albumine.

La malade présente des frissons intenses qui la secouent fortement.

Elle se plaint de douleurs dans les lombes et le bas-ventre avec quelques coliques.

Au toucher : Utérus remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

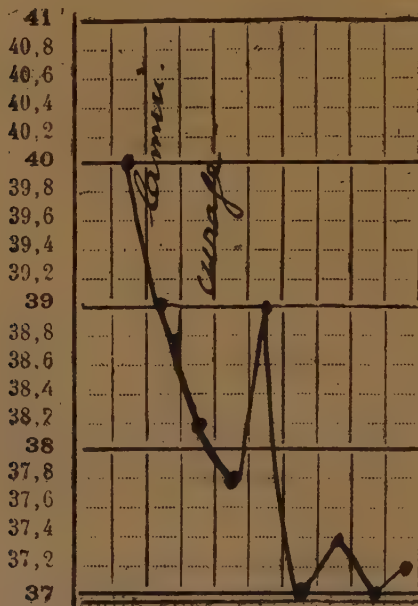
Col long et fermé.

Par la vulve s'écoule un liquide séro-purulent très fétide.

Pose de 3 lamineires : 18-18-24.

Le lendemain : Chute thermique à 39° le matin, à 38°2 le soir.

La malade est plus reposée et ne frissonne plus.



Le col est assez dilaté pour permettre l'exploration utérine au doigt, on trouve quelques débris placentaires.

Révision utérine.

Iodage.

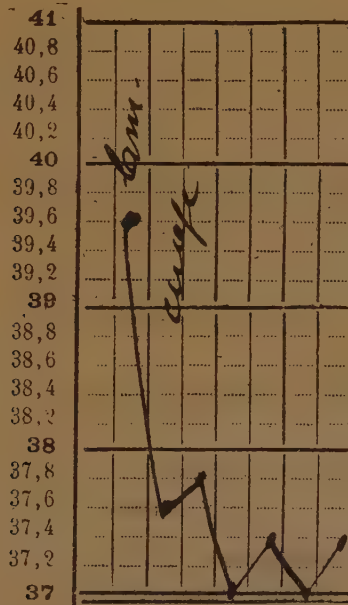
Tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Madame G..... Dernières règles : fin février 1933

Entre dans le service le 30 avril 1933.

Elle raconte qu'elle a ressenti huit jours avant des douleurs abdominales et lombaires, accompagnées de perte de sang. Trois jours après, elle a perdu les eaux, puis au bout de 48 heures, elle a expulsé un fœtus



mort. Elle a perdu quelques caillots par la suite mais l'hémorragie s'est assez rapidement atténuée. Par contre la malade se sentait fatiguée, elle se plaignait de céphalée, de frissonnements répétés, de douleurs abdominales sous-ombilicales médianes, et surtout sa température s'élevait progressivement pour atteindre 39°6 à l'entrée.

Au toucher : Col entr'ouvert ne permettant cependant pas une révision digitale.

Corps remontant à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse, mou et douloureux.

Rien dans les annexes.

On décide de poser des lamineaires (14-12-16).

Le lendemain : Chute thermique à 37°6.

Le col dilaté permet une révision au doigt.

On sent un placenta presque entier qu'on décolle et enlève facilement à la pince à faux germe.

Iodage.

Tamponnement enlevé 5 heures après sans incident

Suites de couches sans incidents.

Madame S....., 27 ans, 2° pare, Dernières règles 19/22 décembre 33.

Entre dans le service le 9 mars 1933 à 13h. 30 pour :

Hémorragie importante avec caillots, survenue la veille à la suite de manœuvres abortives avouées.

A l'entrée : Température à 37°2.

Le col est fermé, l'utérus gros comme à 3 mois.

La femme ne saigne plus, on décide de la laisser au repos avec de la glace sur le ventre.

6 jours après : La malade fait un frisson, et sa température s'élève à 39°.

De plus elle perd depuis la veille du sang brunitre et fétide.

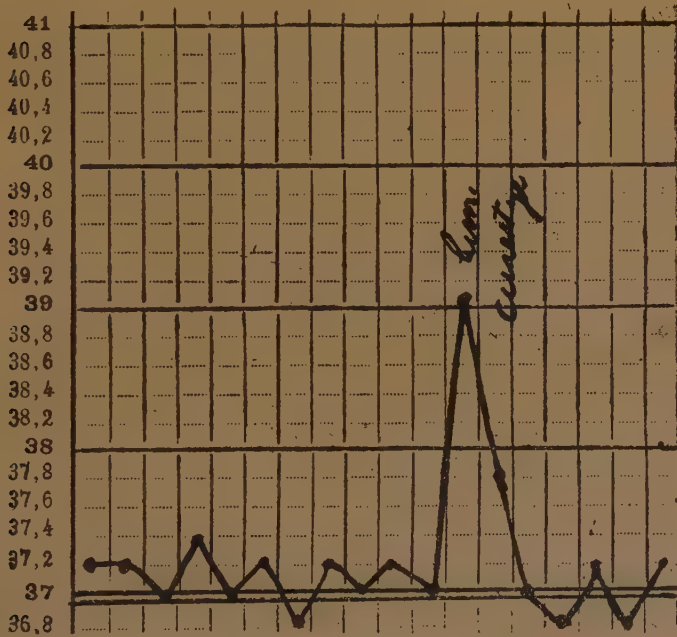
On décide d'évacuer l'utérus.

Pose de lamineaires :

D'abord 2 n° 12 qui font tomber la température à 37°8.

Puis, le col n'étant pas assez ouvert on remet des lamineaires, 18-12-4.

Le 19 : La température est à 36°8.



Le col est largement dilaté et permet d'évacuer l'utérus qui contenait un fœtus mort et le placenta.

L'évacuation se fait facilement à la pince mouchette.

Iodage de la cavité utérine.

Tamponnement.

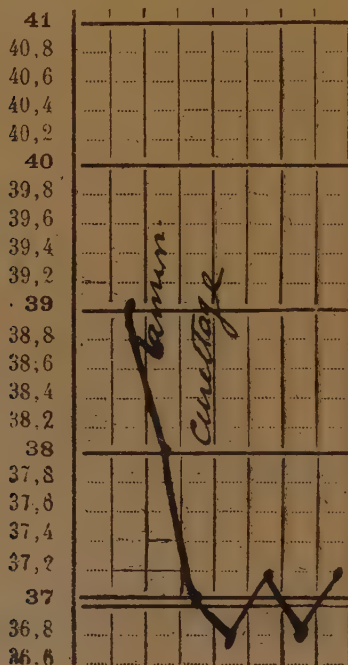
Suites de couches normales.

Madame R..., 29 ans, 2° pare. Dernières règles 10 au 14 août 33.

Entre dans le service le 7 janvier 1934 pour :

Une hémorragie intense.

Elle a commencé à perdre le 2 décembre :



Pertes d'abord rouge foncé, avec des débris de membranes, peu abondantes.

Puis, expulsion de gros caillots au milieu de violentes coliques.

Puis les hémorragies ont continué mais sont devenues noirâtres, épaisses, fétides.

En même temps, la température s'élevait à 39°, 39°5, avec de *grands frissons*.

A l'examen : Température : 39°.

L'utérus remonte un peu *au-dessous* de l'ombilic. Le col est entrouvert et laisse passer difficilement l'index, on sent à bout de doigt des débris placentaires.

Après l'examen, la femme a un long frisson de 1/2 heure environ.

On décide d'évacuer l'utérus.

Pose de lamineaires : 18-12-12.

Le lendemain : Chute thermique à 38°.

Le col est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de deux doigts.

Evacuation à la curette de nombreux débris placentaires.

Révision uérine pour s'assurer que l'utérus est vide.

Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Madame Ch..., 40 ans, 15° grossesse, Dernières règles : fin novembre 1933.

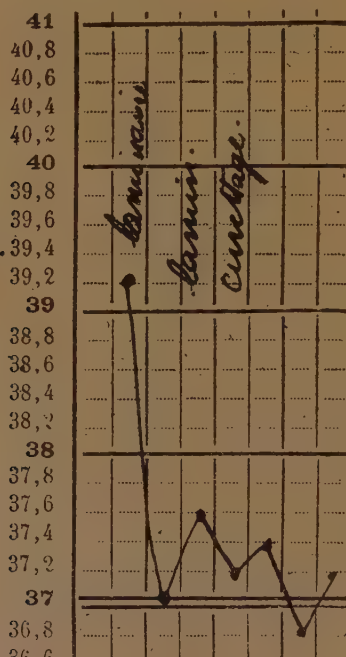
Entre dans le service le 18 janvier 1934 pour des douleurs abdominales et des pertes de sang. Elle avoue avoir tenté des manœuvres abortives (sonde intra-utérine). Huti jours avant son entrée, elle a perdu de gros caillots, puis l'hémorragie s'étant atténuée, la température s'élevait progressivement.

A l'entrée : La température est à $39^{\circ}2$. Le pouls à 110

La malade a eu peu après son admission un frisson durant 10 minutes.

Au toucher : L'utérus remonte un peu au-dessus de la symphyse le col est long et fermé.

On pose deux lamineires 16 et 12.



Le lendemain matin : La température est redescendue à 37° mais la dilatation n'étant pas suffisante, on remet trois lamineires 16-16 et 12.

Le surlendemain matin : Le col est cette fois largement ouvert et permet l'exploration digitale qui ramène quelques débris placentaires.

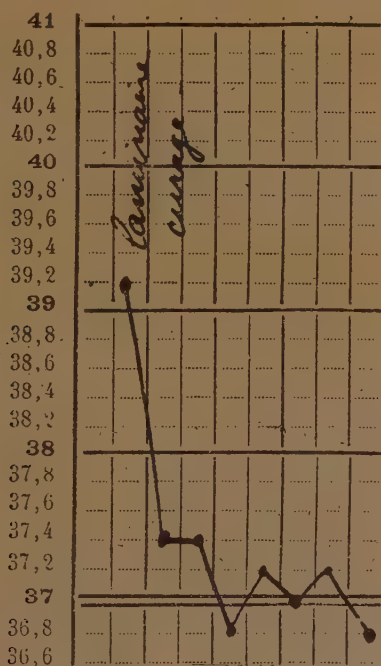
Curettage de la muqueuse à la curette de Cuzzi.

Une révision utérine au doigt montre que la cavité est vide.

Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Madame D..., 22 ans 1/2, 3^e pare, Dernières règles :
19 décembre 1933



Entre dans le service le 30 janvier 1934 pour des pertes de sang rouge et élévation de la température.

Le 25 janvier, elle a commencé à perdre du sang rouge, en même temps qu'elle ressentait des douleurs

abdominales et lombaires puis, les douleurs devenant plus intenses, les hémorragies plus abondantes avec états syncopals et vertiges, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : La température est à 39°2.

Le col est long et fermé.

Le corps augmenté de volume mou et douloureux à la pression.

Les annexes paraissent normales.

La malade avoue avoir tenté des manœuvres abortives.

Pose de 3 lamineuses n° 12.

Le lendemain : Chute thermique à 37°4.

Le col est largement ouvert et permet l'exploration digitale qui ramène un œuf de 1 mois environ.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches sans incidents.

Madame P..., 26 ans, 2° pare, Dernières règles le 10-1-34.

Entre dans le service le 9 mai 1934 parce qu'elle a eu des pertes et des douleurs.

Les douleurs ont commencé 3 jours auparavant, suivies bientôt de :

Perte de liquide blanchâtre, survenue brusquement.

Puis de sang rouge en quantité assez abondante avec expulsion de caillots.

Actuellement, elle perd moins, mais la température est à 38°

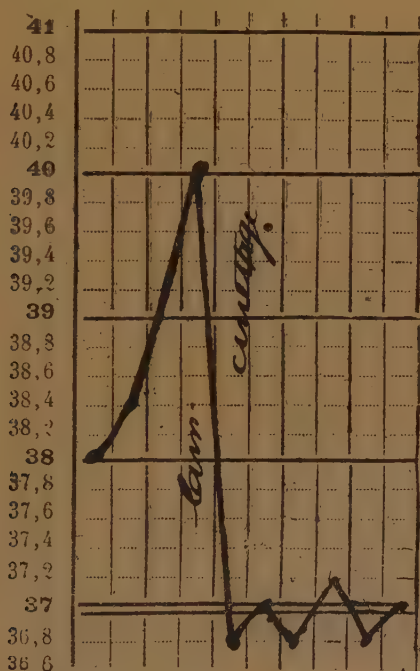
A l'examen : Le col est long et fermé.

Le corps gros comme pour une grossesse de 3 mois 1/2.

La femme ne saigne plus. On décide d'attendre.

Repos. Glace.

Le lendemain : La température s'élève et atteint 40°.



La malade a eu quelques frissons.

On décide d'évacuer l'utérus.

Pose de 3 lamineuses n° 12

Le surlendemain : Chute thermique à 36°8.

La malade a eu de violentes coliques dans la nuit.

Le col est largement ouvert, et on peut explorer

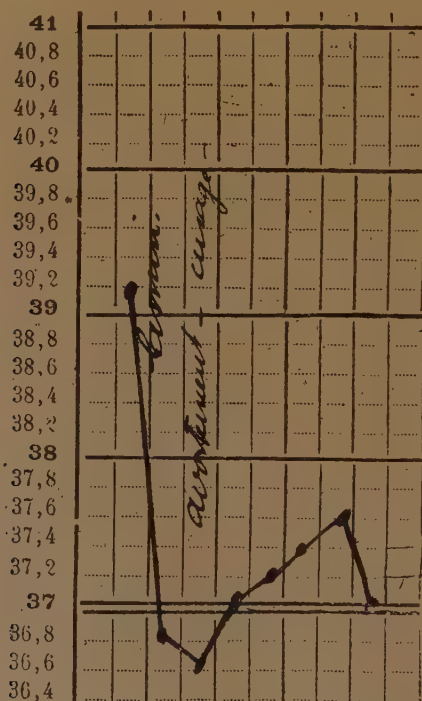
l'utérus. On sent de gros débris placentaires qu'on enlève à la pince à faux-germe.

Révision pour s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage de la cavité.

Suites de couches sans incidents.

Madame F..., 23 ans, 2^o pare. Dernières règles : du 1 au 4 décembre.



Entre dans le service le 7 mars à 18 h.

Le 6 dans la journée, la femme a eu quelques pertes sanglantes accompagnées de légères douleurs lombaires.

Le 7 dans la matinée, les douleurs sont devenues plus fréquentes, en même temps que la femme a expulsé deux gros caillots.

Les douleurs se sont alors atténuées, mais la femme a eu quelques frissons et la température s'est élevée jusqu'à 39°7.

A l'entrée : Température : 39°2.

La femme perd une sérosité sanguinolente fétide.

Le col est entrouvert aux deux orifices, mais ne laisse pas pénétrer un doigt dans l'utérus.

On pose 3 lamineuses : 14-18-24, à

La nuit, les douleurs ont été violentes et la femme a perdu du sang assez abondamment.

Le lendemain : Température à 36°8

A 11h. la femme expulse.

Les lamineuses.

Un fœtus et son placenta.

On fait une révision utérine qui ramène quelques débris placentaires.

Iodage de la Cavité Utérine.

S. de C. sans incidents.

Madame Th..., 26 ans, 1 pare. Dernières règles Mars 1934.

Entre dans le service le 29 juillet 1934 à 9 h. pour : des douleurs abdominales et lombaires survenant tous les 1/4 d'h. Et des hémorragies utérines.

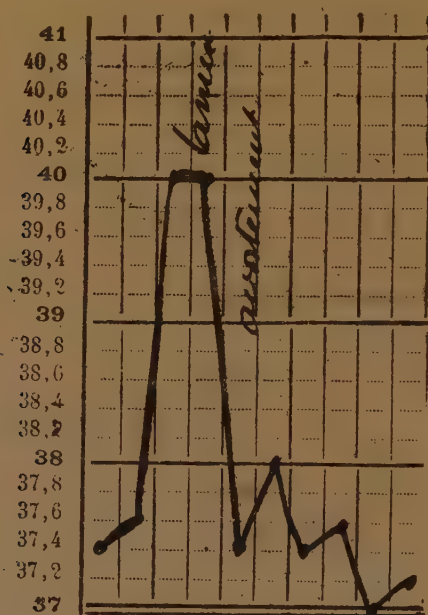
Elle avoue avoir tenté de provoquer une fausse-couche (sonde) mais les hémorragies sont très abondantes.

La température à 37°4.

Le col est long et fermé.

Le corps paraît gros comme pour une grossesse de 3 mois 1/2.

On décide de mettre la malade au repos avec de la glace sur le ventre.



Le lendemain, la malade continue à perdre plus abondamment.

Et elle a un *frisson*.

La température s'élève à 40° et se maintient à ce degré.

On décide alors d'évacuer l'utérus.

Pose de lamineaires : 12-14-14.

La malade a de violentes coliques dans la nuit, et, le matin, expulse les laminaires.

Le col est alors dilaté.

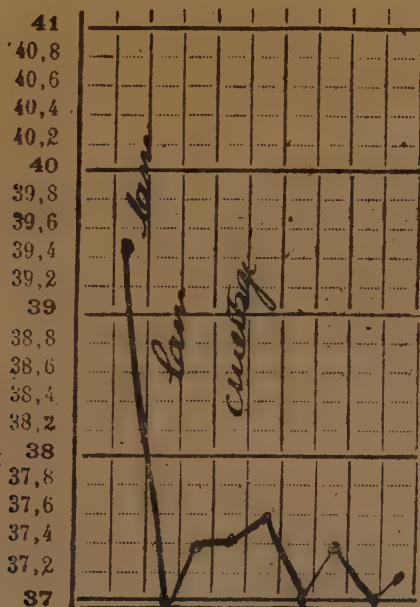
Les contractions sont fréquentes et amènent l'expulsion d'un fœtus de 3 mois environ, puis du placenta.

On fait une *révision* utérine qui montre la vacuité utérine.

Iodage de la cavité.

Suites de couches apyrétiques.

Madame R..., 25 ans, 2^o pare. Dernière règles 2 avril 1934.



Entre dans le service le 29 mai à 11 h. pour : des *hémorragies* avec *température à 39°5*.

Elle avoue avoir pratiqué des manœuvres abortives (sonde), il y à 3 jours.

Au toucher : Le col est fermé.

Le corps gros comme pour une grossesse de 2 mois environ.

Pose 2 lamineires n° 12 le 1^{er} jour, qui amènent une chute thermique à 37° puis 3 lamineires 12-14-14, le col n'étant pas assez dilaté.

On peut ensuite provoquer une évacuation de l'utérus au doigt et à la curette.

On ramène de nombreux débris placentaires.

La révision au doigt permet de s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage.

S. d. C. sans incidents.

Madame Gr... 26 ans.

Entre dans le service le 17 avril 1934 pour hémorragies. Température élevée : 40°6

Antécédents à noter :

1^{re} grossesse (en 1927) normale.

2^e grossesse (en 1930) hémorragie de la délivrance

3^e grossesse extra-utérine, opérée dans le service le 9-11-31

Histoire actuelle : Dernières règles.

Avoue avoir pratiqué un avortement (pose d'une sonde intra-utérine)

Le lendemain : La température est retombée à 38°2

On enlève les lamineaires.

Le col est entrouvert aux orifices (externe et interne).

On pourrait passer à la rigueur une curette de Cuzzi mais on ne peut passer le doigt pour explorer la cavité utérine.

On décide, étant donné ce fait, et la persistance d'un état sub-fébrile, de remettre des lamineaires :
3 lamineaires.

Le surlendemain : Température : 37°1.

Sous anesthésie générale au chloroforme, on enlève les trois lamineaires.

Il s'écoule du *col béant* un liquide *séro-sanglant fétide*.

Le *curage digital* est d'une *extrême facilité*, et on a l'impression qu'il aurait pu être fait sans anesthésie.

On sent au doigt 2 débris placentaires, l'un sur le fond, l'autre sur la corne gauche. Ils sont adhérents.

On les enlève à la curette de Cuzzi.

Curetage rapide de la muqueuse.

Révision digitale permettant de s'assurer de la vacuité de l'utérus.

Iodage de la cavité utérine.

La femme saignant un peu, on mèche la cavité utérine.

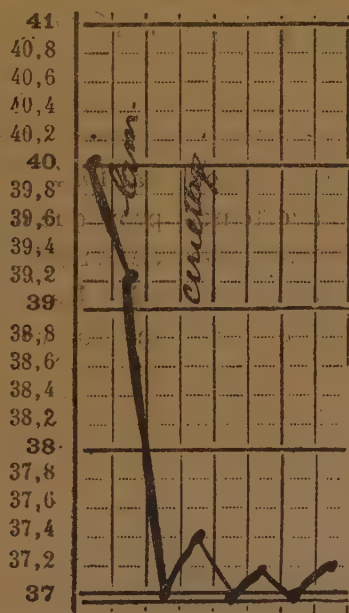
Le 20 Avril : Température : 37°3

Suites de couches sans incidents.

Madame P., 26 ans, 1^{er} pare. Dernières règles fin juin 1934.

Entre à l'hôpital le 12 août 1934 pour : *une élévation de température avec frissons.*

Elle avoue avoir fait tentatives d'avortement quelques jours auparavant.



Elle a saigné abondamment, expulsé des caillots.

Depuis 3 jours, le sang est moins abondant, mais plus noirâtre et fétide, et la température s'est élevée.

Actuellement : Température à 40°.

Le col est long et fermé.

Le corps gros et douloureux.

Pose de lamineaires : 18-12-16

Le lendemain : Chute thermique à 39°2, puis à 37°

Le col est alors largement perméable et permet l'exploration digitale qui montre la présence de nombreux débris placentaires dans la corne droite

On les enlève à la curette de Cuzzi.

La révision au doigt montre que l'utérus est vide.
Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Mme J. B. 20 ans. Dernières règles, 27 mar, 1934.

Entra dans le service le 5 mai 1934.

A la suite d'un avortement provoqué par une canule le dimanche 30 avril, la malade perd du sang le lundi après-midi et continue à perdre les jours suivants.

Le jeudi, elle prend sa température pour la première fois.

38° le matin;

39° le soir.

Le vendredi :

Matin 38°

Soir. 38°.

Elle décide d'entrer à l'hôpital.

Au toucher : Col entr'ouvert à l'orifice externe; l'orifice interne est fermé.

Corps gros comme une mandarine, mou, non douloureux.

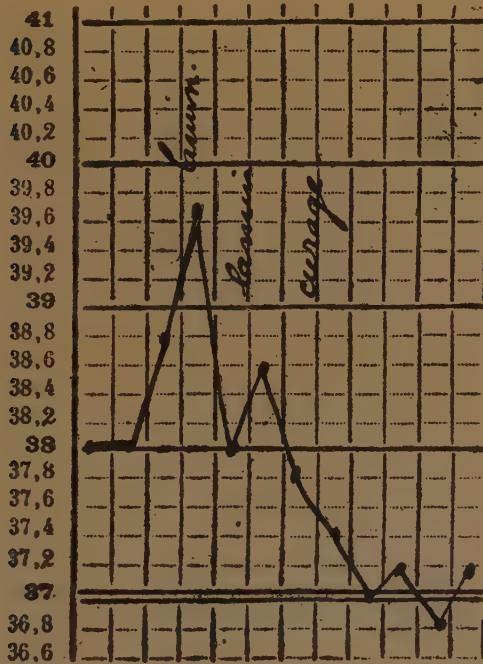
Pose de 3 lamineuses 12-12-12.

Le lendemain : Température à 38°.

La malade a eu des coliques violentes toute la

nuît. On enlève la mèche et les lamineaires. Les lamineaires difficiles à enlever, sont étranglées à leur partie supérieure.

L'orifice interne n'est pas assez ouvert pour permettre l'exploration digitale de la cavité utérine. On remet 3 lamineaires 14-16-18.



Le surlendemain : La température est le matin à 38°2.

Le soir à 37°4.

On enlève les lamineaires.

Au toucher, l'orifice interne est largement ouvert. On met la malade sur la table. Anesthésie générale au chloroforme.

On explore au doigt la cavité utérine. On retrouve des débris placentaires mous et facilement détachables.

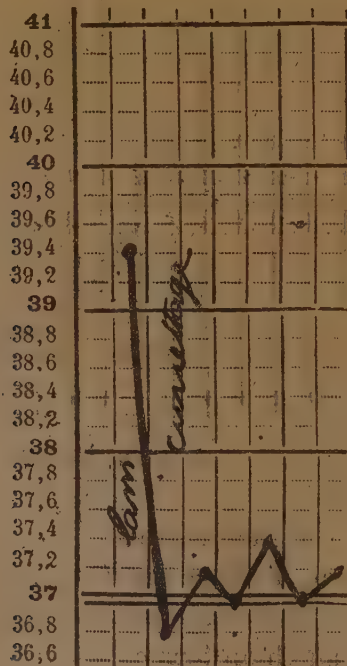
Curettage de la muqueuse à la curette à dents de scie.

La révision au doigt montre alors que l'utérus est vide.

Iodage.

Suites de couches sans incidents.

Mme G... Yolande. 26 ans. 4 pare. Dernières règles: fin mars 1934.



Entre dans le service le 9 juillet à 13 h. 15.

Elle avoue avoir fait une tentative d'avortement :
injection intra-utérine.

Elle saigne assez abondamment.

Sa température est à 39°4.

Le col est long et ferme.

L'utérus gros et douloureux.

On décide de l'évacuer.

Pose de 3 lamineurs 12-12-18.

Le lendemain : La température est tombée à 36°8.

A l'examen : Le col est largement dilaté et permet
l'exploration de l'utérus qui contient de nom-
breux débris placentaires qu'on évacue facile-
ment au doigt et à la curette de Cuzzi.

La révision utérine montre que la cavité est com-
plètement évacuée.

Iodage et tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Mme L... 25 ans. 2 pare. Dernières règles ?

Entre à l'hôpital le 21 juillet 1934 pour des hémor-
ragies utérines.

Une élévation thermique.

Elle avoue avoir tenté de se faire avorter, il y a
4 jours. Elle a expulsé le fœtus chez elle, et depuis,
elle continue à saigner.

A l'examen : Température à 39°4.

La malade a eu des frissons répétés avant d'en-
trer.

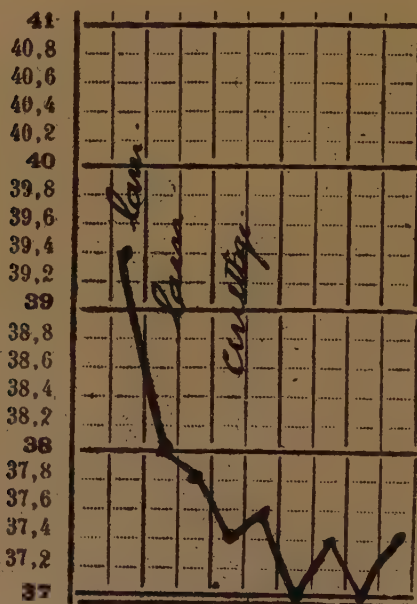
Le toucher montre un col fermé et long.

Le corps remonte légèrement au-dessus du pubis.

Pose de lamineaires 12-18.

Le lendemain : Chute thermique à 38° .

Le col n'est pas encore assez dilaté, les lamineaires ont été étranglées au niveau de l'orifice interne.



Pose de lamineaires n° 18-18-18.

Le lendemain : Chute thermique à $37^{\circ}4$.

La malade a eu de violentes coliques dans la nuit.

Le col est largement ouvert.

On peut introduire un doigt dans l'utérus qui

montre la présence de nombreux débris placentaires.

Curettage à la curette de Cuzzi.

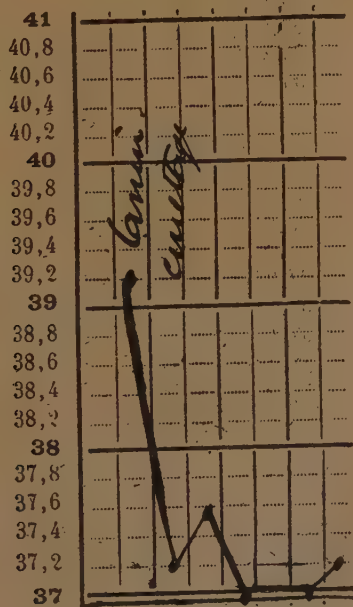
Révision au doigt pour s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches sans incidents.

Mme L... 25 ans 4 pare. Dernières règles 16 juin.

Entre dans le service le 12 septembre 1934, pour une fausse-couche commencée chez elle.



Depuis 3 jours, elle se plaint de douleurs abdominales et lombaires d'abord espacées, survenues, dit-elle à la suite d'une chute (?). En même temps,

elle a commencé à perdre du sang rouge et quelques caillots.

Sa température s'est élevée progressivement, en même temps qu'elle présentait quelques frissons.

Actuellement : la température est à 39°.

Le col est long et fermé.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus du pubis.

Pose de laminaires 18-12.

Dans la journée, la malade a de violentes coliques et vers 6 heures, elle expulse lamineaires, fœtus de 2 mois environ et placenta.

La température est alors à 37°4.

On fait une révision utérine qui permet de ramener quelques débris placentaires.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches sans incidents.

Mme B... 21 ans. 1 pare. Dernières règles : 2 au 7 novembre.

Entre dans le service le 24-mai 1934 pour :

Hémorragies utérines;

Elévation de la température.

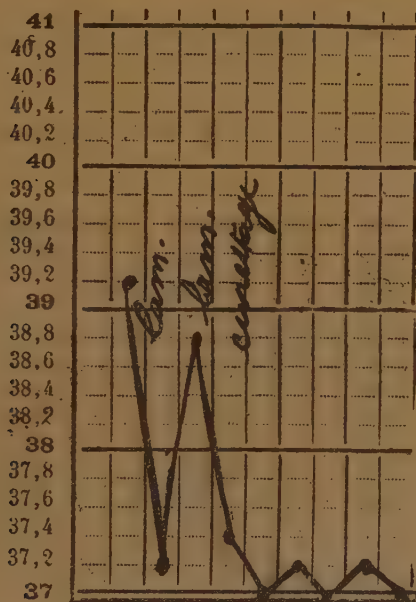
Elle dit avoir commencé à perdre à la suite d'une chute (?), dans la rue. Elle a expulsé de gros caillots il y a 5 jours, puis les hémorragies se sont arrêtées un jour pour reprendre le lendemain.

De plus, sa température s'est progressivement élevée.

A l'examen : On se trouve en présence d'une femme pâle, un peu agitée, qui présente quelques frissons.

Température : $39^{\circ}2$.

Au toucher : Le col est à peine entr'ouvert.



Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus du pubis.

On pose 2 lamineires n° 18.

Le 25 : Au matin, la température est à $37^{\circ}2$.

Le col n'étant pas assez dilaté, on met à nouveau 2 lamineires n° 30.

Le soir, la température s'élève à $38^{\circ}8$, mais retombe le lendemain matin à $37^{\circ}4$.

A ce moment, le col est assez dilaté et on peut facilement explorer l'utérus au doigt.

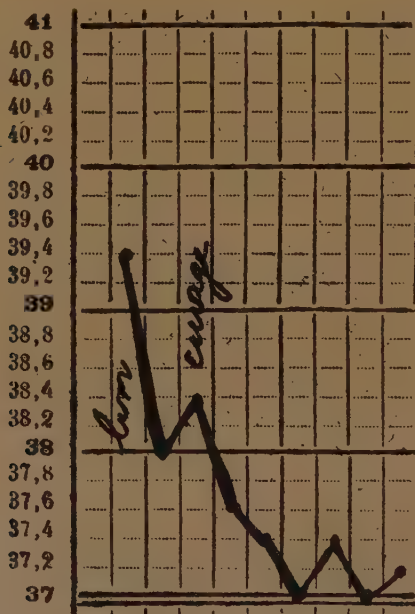
On y trouve de nombreux débris placentaires qu'on enlève à la curette de Cuzzi.

On vérifie à nouveau l'utérus qui est *vide*.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Mme B... 26 ans. 2 pare. Dernières règles 10 mars 1934.



La malade entre dans le service le 15 juin 1934, pour :

Des douleurs abdominales ayant débuté la veille à 11 heures.

Elle perd un liquide hémorragique assez fétide, avec quelques caillots.

La température est à 39°4.

Au toucher : Le col est long et entr'ouvert à l'orifice externe, le corps gros comme pour une grossesse de 2 mois, mou et douloureux.

La malade raconte une histoire de tentative d'avortement.

On pose 3 lamineuses n° 12.

Le lendemain : La température est à 38°

La malade a de fortes coliques.

A l'examen (sur la table), on constate que les lamineuses sont dans le vagin.

Le col est largement dilaté, et on sent un petit fœtus qui cherche à sortir.

Evacuation de l'utérus au doigt et à la pince à faux-germe.

Iodage de la cavité utérine après révision qui montre que l'utérus est vide.

Suites de couches normales et sans incidents.

Mme Ch... 1^e pare.

Entre dans le service le 24 1934.

Pour une élévation thermique à 41°.

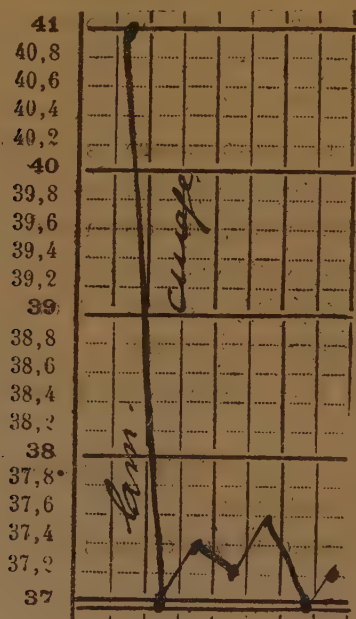
La malade répond mal aux questions, ne peut préciser la date de ses dernières règles; ni le début des accidents.

Elle est agitée, secouée par des frissonnements répétés.

Elle se plaint de douleurs abdominales.

De la vulve s'écoule une sérosité sanguinolente, fétide.

Le ventre est souple quoique douloureux au niveau des fosses iliaques.



Le toucher montre un col *entr'ouvert*, mais pas assez pour laisser passer la pulpe de l'index.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Les c. d. s. sont libres.

Pose de lamine : 3 n° 24.

Le lendemain : Chute thermique à 37°.

Le col est alors assez dilaté pour permettre l'exploration au doigt.

On sent une masse placentaire assez volumineuse qu'on enlève facilement à la pince mouchette.

La *révision utérine* montre ensuite que l'utérus est vide.

Iodage. Tamponnement.

Les jours suivants : pas de température.

Mais la malade sort sur sa demande le 4^e jour.

Mme D. P. 23 ans. 3 pare. Dernières règles : 6 novembre 1933.

Entre dans le service le 6 janvier 1934 pour :

Des pertes de sang;

Une température élevée à 39°1.

La grossesse avait été bien supportée jusqu'au 2 janvier. A la suite d'une tentative d'avortement (application locale de nitrate ?), la femme a eu :

Des douleurs abdominales et lombaires.

Des pertes de sang rouge avec expulsion de caillots.

En même temps, la température s'élevait progressivement à 38°2, 38°4.

Un médecin consulté lui fait un curetage sans anesthésie dans son cabinet et renvoie la femme chez elle.

Elle fait alors une hémorragie abondante.

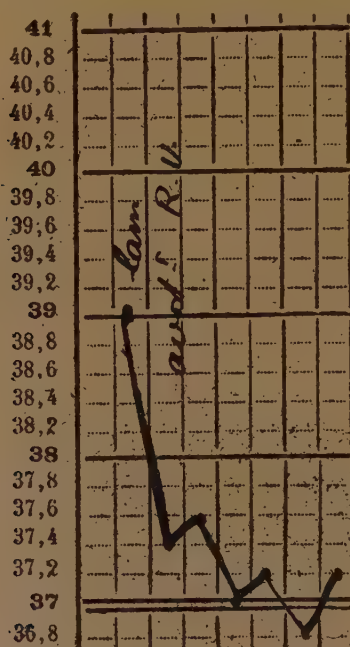
Son médecin ordonne le repos, avec glace sur le ventre et injections chaudes.

Mais les hémorragies persistant, il décide de l'envoyer à l'hôpital.

A l'entrée : Température à 39°1.

Etat général médiocre, pâleur, yeux cernés, sueurs profuses, frissonnements, céphalée.

L'abdomen est légèrement météorisé.



Le col est entr'ouvert, laisse passer la pulpe de l'index mais ne permet pas une révision facile au doigt.

Le corps remonte un peu au-dessus de l'ombilic.

Il est ramolli, douloureux à la pression.

On décide de poser des lamineuses : 3 n° 14.

Le lendemain : Température à 37°2.

La malade semble en meilleur état, elle n'a plus de frissons.

On enlève les lamineaires.

Le col largement ouvert permet la révision au doigt.

On trouve un assez gros débris placentaire qu'on enlève facilement.

Iodage.

Tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Dans ce cas : Le curettage en pleine poussée thermique aurait été possible, mais :

Il aurait été plus dangereux.

Il n'aurait pas permis de s'assurer de la vacuité utérine. On aurait fait une intervention aussi à l'aveugle et aussi dangereuse que celle qui avait été pratiquée par le premier médecin *chez lui*.

La pose de lamineaires a permis :

En abaissant la température,

En dilatant le col,

de faire le curettage dans les meilleures conditions.

Mme J. 24 ans. 2 pare. Dernières règles : 27 novembre 1933.

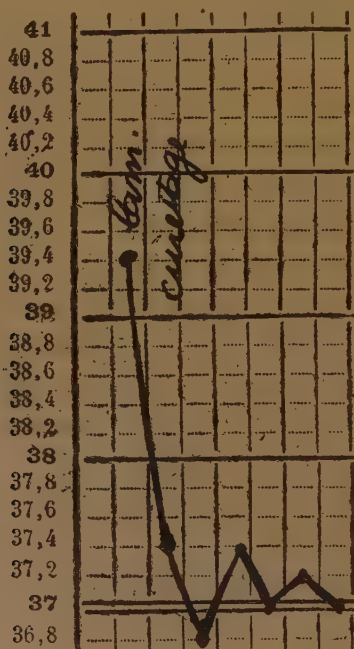
Entre dans le service le 21 mars 1934 à 20 h. 30, pour une hémorragie utérine avec élévation de température.

Les hémorragies ont commencé 4 jours auparavant, à la suite d'une « chute dans l'escalier ».

D'abord abondantes avec expulsion de caillots, elles se sont arrêtées 2 jours après.

Mais la température s'est élevée progressivement, s'accompagnant de frissons.

La malade perd encore des sérosités sanguinolentes et fétides.



A l'entrée : La température est à 39°4.

Le col est long et fermé.

Le corps mou et douloureux est moins gros que ne le ferait présumer la date des dernières règles.

On pense à une rétention placentaire.

Pose de lamine : 12-14-14.

Le lendemain : Chute thermique à 37°4.

Le col est ouvert et permet l'exploration de l'utérus au doigt.

On achève l'évacuation à la curette de Cuzzi.

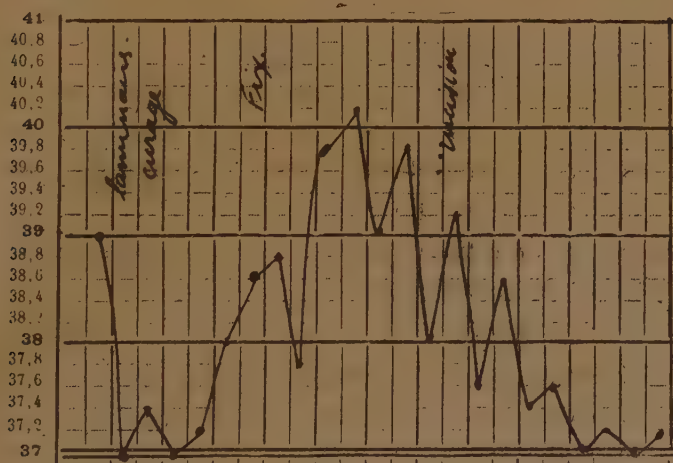
On fait une révision utérine qui montre que l'utérus est bien vide.

Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches sans incidents.

DEUXIÈME GROUPE

Mme R. 22 ans. 1 pare. Dernières règles 8 septembre 1930.



La malade entre dans le service le 16 décembre 1930 parce que, depuis 3 jours, elle présente :

De vives douleurs abdominales et lombaires.

Des *hémorragies* :

D'abord hémorragies de sang rouge avec des

caillots, mais maintenant hémorragies moins abondantes, brunâtres et fétides.

Sa température est à 39°.

Au toucher : Le col est légèrement entr'ouvert mais non perméable au doigt.

Le corps remonte à 2 travers de doigt de la symphyse, mais difficile à percevoir car il est rétroversé.

Pose de lamineaires : 30-30-24.

Le 17-12-30 : Chute thermique à 37°.

On met la malade sur la table.

On enlève les lamineaires.

Le col est mou, entr'ouvert, permettant d'introduire un doigt dans le corps.

On peut ainsi, en s'aidant de la main abdominale, redresser le corps en avant et l'explorer.

On sent de nombreux débris placentaires qu'on enlève à la curette mousse.

La révision au doigt montre que l'utérus est bien vide.

Iodage de la cavité utérine.

Les jours suivants : La température s'élève progressivement et atteint 39° le 4^e jour.

La malade souffre légèrement du ventre et à de la céphalée.

Mais son état général est conservé.

Elle perd un peu de liquide brunâtre, mais en petite quantité.

Au toucher : L'utérus est un peu gros, mais peu douloureux.

Rien dans les c. d. s.

On fait un *abcès de fixation* qui prend bien.

L'abcès est incisé quatre jours après.

Evolution ultérieure sans incident jusqu'au 17^e jour.

A ce moment, nouvelle poussée thermique, mais passagère sans aucune modification de l'utérus ni des c. d. s.

Ce qu'il faut retenir surtout, c'est que :

1) Il aurait été difficile de vider complètement un utérus aussi rétroversé sans le contrôle du doigt.

2) Que, étant assuré de la vacuité utérine et devant l'absence de tout autre signe physique, la température ne nous a pas incité à faire un 2^e curettage, qui aurait pu disséminer l'infection passagère qui se manifestait.

Mme B. 30 ans. 4 pare. Dernières règles 10/14 déc. 1931.

Entre à l'hôpital le 13 février 1932 pour :

Une élévation de température.

Elle avoue que, « à la suite d'une peur », elle a commencé à avoir des douleurs dans le bas-ventre, peu intenses en même temps que sa température s'élevait à 39°.

La fièvre persistant, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Au toucher : Col long et fermé.

Corps gros comme une orange, gravide, non douloureux.

Culs-de-sac libres.

On met la malade en observation avec de la glace sur le ventre.

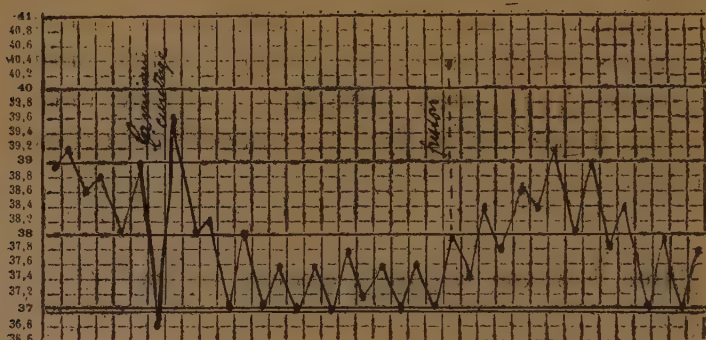
Le 16 février 1932 : La malade commence à perdre du sang noirâtre avec quelques caillots.

La température se maintient à 38°8.

On décide d'évacuer l'utérus.

Pose de 2 laminaires.

Le 17 février : La température est à 36°8.



On enlève les laminaires.

Le col est largement dilaté, et permet l'exploration digitale qui montre l'existence de débris placentaires.

On termine l'évacuation à la curette de Cuzzi.

Une révision montre alors que l'utérus est vide. Iodage. Tamponnement.

A 6 heures de l'après-midi : La malade est assez agitée.

Son pouls s'accélère.

Sa température atteint 39°6.

On détamponne la malade.

Le lendemain et les jours suivants, la température descend progressivement.

Mais, le 24, dans la nuit, la malade présente un grand frisson suivi de petits frissons qui se sont répétés pendant 2 heures.

Au toucher : Col fermé.

Corps difficilement perméable car la malade se défend.

On réveille une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

Les jours suivants : La température s'est mise à osciller et on voit se développer au niveau du cul-de-sac droit, un empâtement diffus refoulant le corps à gauche, et qui s'est résorbé en 4 semaines environ.

Dans ce cas, il est clair que l'infection était assez importante pour dépasser l'utérus, malgré l'évacuation de celui-ci.

Si, le lendemain de l'intervention, on avait pratiqué un 2^e curettage à cause de la réapparition de la température, on aurait augmenté la dissémination de l'infection.

Seule la certitude de la vacuité utérine a permis d'éviter cette 2^e intervention intempestive et dangereuse.

Mme P. 26 ans. 4 pare. Dernières règles 21 août 1930.

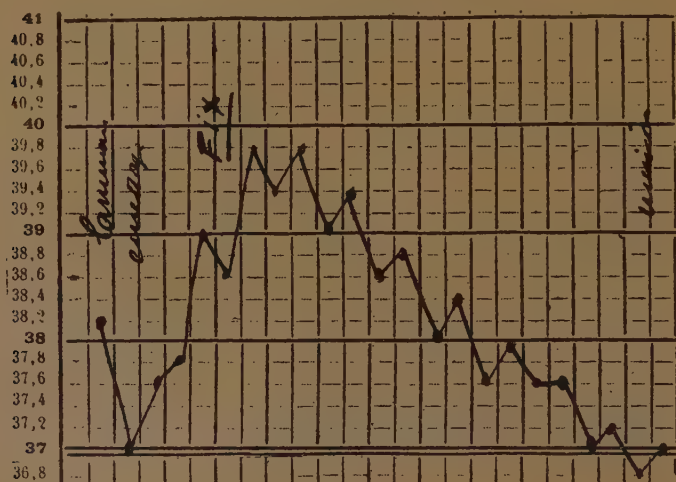
Entre dans le service le 4 novembre 1930 pour :
Des douleurs abdominales;

Une hémorragie utérine.

Les troubles ont débuté le 30 octobre.

La malade a d'abord ressenti de violentes douleurs abdomino-lombaires à type de coliques utérines, puis elle a commencé à perdre : d'abord quelques gouttes de sang, puis de nombreux caillots.

A l'entrée : La température est à $38^{\circ}2$.



Le col est perméable à la pulpe de l'index, mais long.

Le corps remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis, mou, douloureux.

La femme présente des pertes purulo-sanguinolentes, un peu fétides.

Pose de lamineaires : 3.

Le lendemain : Température à 37° .

On décide d'évacuer l'utérus.

On enlève les laminaires. Le col est largement perméable, permettant l'introduction de 2 doigts dans l'utérus.

L'exploration digitale montre la présence de débris placentaires dans la corne droite. On en enlève une partie au doigt, mais on est obligé de terminer par un curettage (curette de Cuzzi). On fait une révision qui montre la vacuité de l'utérus.

Iodage.

La femme ne saignant pas, on ne tamponne pas.

Le 6 novembre : Vers midi, la femme a présenté de petits frissonnements répétés durant 30 minutes environ. La température remonte à 39°.

Au toucher : Pertes sanguinolentes, non fétides.

L'utérus est moins gros qu'auparavant, remontant à peine au-dessus du pubis.

Le col est presque entièrement fermé, les culs-de-sac sont souples.

On fait un abcès de fixation à la cuisse droite.

Le 9 novembre : La température se maintient aux environs de 39°. Le poulx est bien frappé, à peine accéléré. L'abcès de fixation a bien pris. La malade se sent bien. Abdomen souple, plat, non douloureux.

Au toucher : Col fermé, en arrière et à gauche.

Corps très antéversé et rejeté à droite, un peu gros et non douloureux.

On ne sent pas de masse postérieure ni latérale.

Le soir même sa température s'était élevée à 40° en même temps qu'elle présentait un frisson prolongé. Un médecin consulté, lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'examen : La malade est pâle, agitée, angoissée.

Elle présente des pertes rouge brunâtre et fétides.

Sa température est à 40°.

Le toucher montre un col mou dont l'orifice externe admet la pulpe de l'index mais on ne peut dépasser l'orifice interne.

Le corps dépasse la symphyse de 1 travers de main.

Pose de 3 lamineaires.

Le lendemain matin : La malade se sent mieux.

La température est à 37°3.

On enlève les lamineaires.

Le col est dilaté et on peut facilement introduire 2 doigts dans l'utérus.

On sent ainsi des débris placentaires dans la corne droite difficilement détachables. On les enlève à la curette mousse.

Une révision montre la vacuité de l'utérus.

Iodage de la cavité utérine.

Le soir du curettage : La température remonte à 39°2. La malade a des frissonnements répétés.

Le lendemain et le surlendemain, la température revient à 37°5.

Mais le 4^e jour, la malade a de nouveau des frissons,

La température s'élève à 40°.

Elle ne perd pas.

L'examen local ne montre aucune anomalie.

On fait un *abcès de fixation*.

La courbe thermique se maintient quelques jours aux environs de 38°5.

L'abcès prend bien et est incisé.

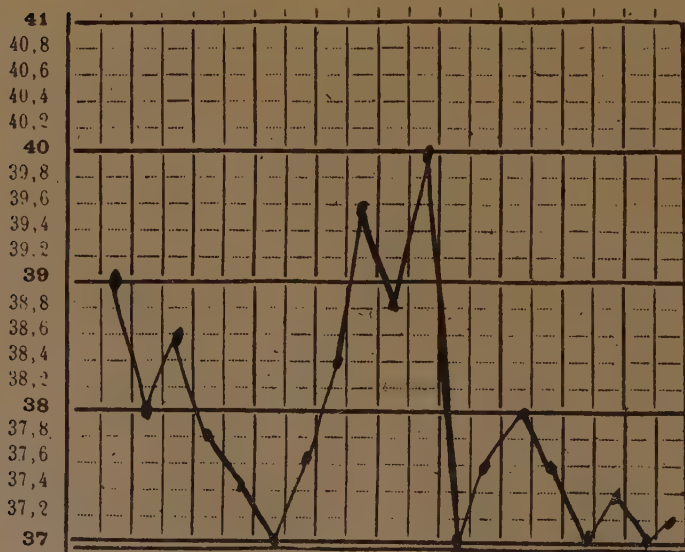
La température descend progressivement.

La malade sort le 18^e jour, complètement guérie.

Mme S. 19 ans. Dernières règles : 19/25 juin 1930.

Entre dans le service le 13 septembre pour :

Hémorragies;



Température élevée.

La malade enceinte de 2 mois a commencé à perdre du sang le 5 septembre : d'abord petit écoulement à peine teinté qui s'est arrêté dans la nuit. Re-

prise le lendemain dans l'après-midi. Le mardi 8, à 4 heures du matin, l'hémorragie devient assez considérable avec coliques et expulsion de caillots.

La malade appelle un médecin.

Une injection chaude arrête l'hémorragie au bout de 2 heures. Mais la malade continue à perdre le lendemain.

Le jeudi, la température s'est élevée, oscillante et progressivement grimpante.

La malade décide d'entrer à l'hôpital.

Le diagnostic de fausse-couche avec infection est posé, et comme le col n'est pas dilaté, on pose 3 lamineurs n° 12.

Le lendemain : On pratique l'évacuation de l'utérus.

Le col dilaté permet l'exploration au doigt.

On retire de l'utérus quelques débris placentaires.

Révision au doigt.

Iodage.

Suites de couches : Le soir, la température remonte à 39°, puis retombe le 3^e jour à 37°4.

Elle remonte progressivement par échelons pour atteindre 40°5 le 19.

L'examen à ce jour montre une résistance de la paroi abdominale sous-pubienne.

Le toucher laisse percevoir des culs-de-sac empâtés et douloureux.

Evolution : Au bout de quelques jours, la température retombe progressivement en même temps que l'empâtement se résorbe.

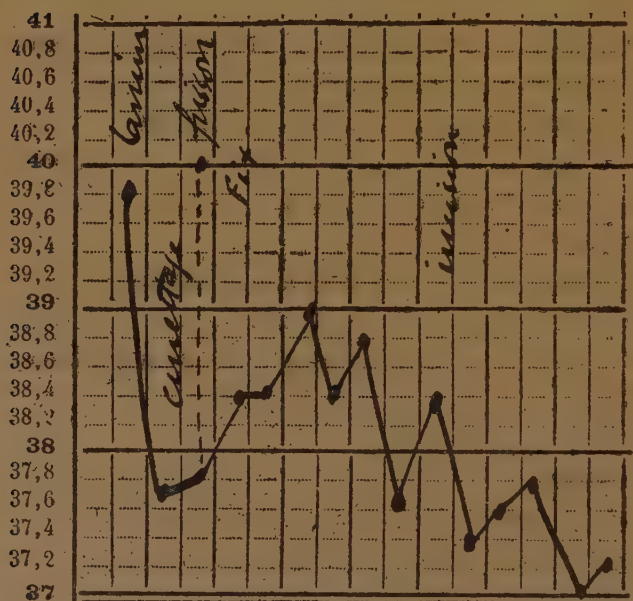
Le 3 octobre, la malade sort guérie.

Mme D. 26 ans 1/2. Dernières règles : 27 novembre
1^{er} décembre 1931.

Entre dans le service le 22 février 1932 pour :

Des pertes de sang rouge ayant débuté il y a
quinze jours.

D'abord peu abondantes et sans douleurs.



Puis hémorragies plus importantes avec coliques
utérines aboutissant à l'expulsion de gros caillots.

A l'entrée : Il existe seulement un petit suintement
brunâtre, fétide.

Mais la température est élevée, atteignant 39°8.

Le col est ramolli, entr'ouvert.

Le corps est un peu augmenté de volume, mou et
douloureux.

La malade avoue avoir tenté des manœuvres abortives.

Le 22 février : Pose de lamineaires 14-18.

Le 23 février : Chute thermique à 37°7.

Evacuation de l'utérus.

Le col est largement ouvert.

Le curage est facile et montre l'existence d'un petit débris placentaire difficilement détachable au niveau de la corne droite.

On l'enlève à la curette de Cuzzi.

Curettage de la muqueuse.

Iodage de la cavité utérine.

Tamponnement qu'on enlève sans incident 5 h. après.

Le soir : La malade a un frisson intense.

La température s'élève à 40°.

On fait un abcès de fixation.

Incision de l'abcès le 27.

Localement : Pertes sanguinolentes sans caillots.

Utérus indolore, petit.

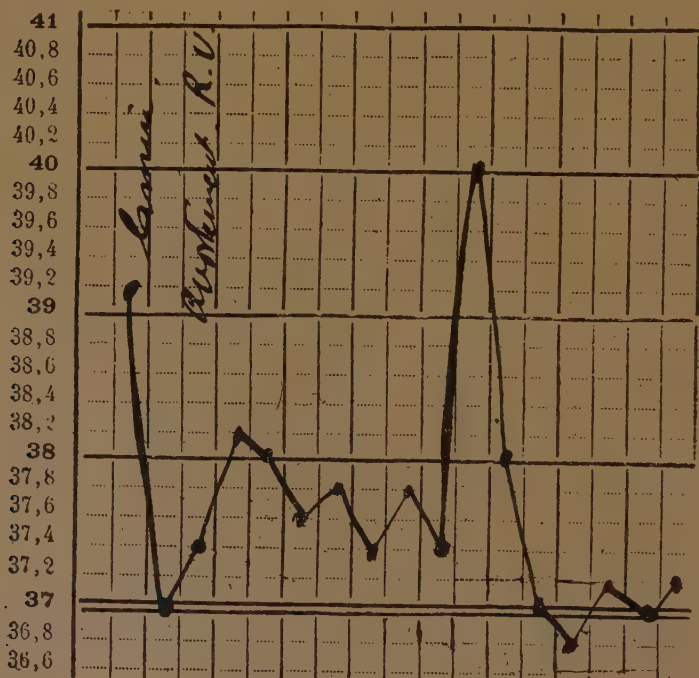
En résumé. — Malgré l'élévation thermique et l'état de l'utérus, la pose de lamineaires a permis de pratiquer la révision au doigt et de s'assurer de la vacuité utérine.

Après le curettage, la réapparition de la température avec frissons ne nous a donc pas fait poser le problème du 2^e curettage qui aurait pu être dangereux pour la malade.

Mme A... Entrée le 21 mars 1932.

Pour une élévation de la *température* survenue depuis 3 jours, à la suite de manœuvres abortives avouées.

La malade a perdu un peu de sang, avec expulsion de quelques caillots.



Mais le soir même la température s'est élevée, atteignant 39° et s'y maintenant, en même temps, elle présentait des frissons répétés.

A l'examen : La femme paraît agitée.

Son pouls est rapide (120).

Sa température à 39°2.

Le col est entr'ouvert, mais pas assez pour permettre l'exploration de l'utérus.

Pose de 3 lamineires, 18-18-18.

Le lendemain vers 5 heures du matin, la malade qui a eu de violentes coliques, expulse les lamineires et perd du sang en abondance.

On la met sur la table :

Le col est largement dilaté et permet d'introduire 2 doigts dans l'utérus.

On sent un petit fœtus qu'on extrait facilement. Extraction du placenta à la pince à faux-germe. La révision au doigt permet de s'assurer de la vacuité utérine.

Iodage.

Tamponnement enlevé 5 heures après.

Suites de couches : Le lendemain, la température s'élève un peu à 38°2, puis à 38. et redescend ensuite autour de 37°5.

La malade se sent bien et perd normalement les premiers jours.

Vers le 6^e jour, la température commence à s'élever et atteint brusquement 40°.

La femme se plaint de céphalée, de très légères douleurs abdominales.

Le toucher montre des culs-de-sac libres.

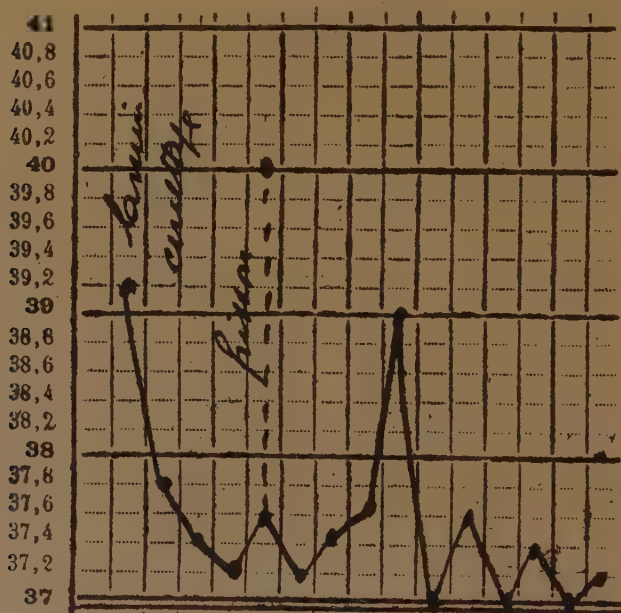
L'utérus est encore un peu gros et un peu douloureux.

Néanmoins, certain que l'utérus est vide, on n'intervient guère et l'évolution ultérieure s'est faite sans incident.

Mme M... 32 ans. Dernières règles : juin 1931.

Entre dans le service le 26 septembre 1931.

Le 5 septembre, brusquement dit-elle, la malade a commencé à perdre : d'abord petite hémorragie de sang rouge, puis, quantité plus abondante avec des caillots.



Devant la persistance des hémorragies, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : La femme perd une sérosité brunâtre et fétide. Sa température est à 39°2.

Au toucher, le col est légèrement entr'ouvert.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

On décide, à cause de la température, d'évacuer l'utérus.

Pose de laminaires : 12-12-18.

Le lendemain : Chute thermique à 37°8.

Le col, largement ouvert, permet d'explorer la cavité utérine.

On trouve quelques petits débris placentaires qu'on enlève à la curette de Cuzzi.

Révision utérine au doigt pour s'assurer de la vacuité de l'utérus.

Iodage de la cavité utérine.

Le 28 au soir : La malade fait un frisson pendant lequel la température monte à 39°8.

Le 29 : la température est redescendue.

La malade se plaint de vives douleurs à droite, mais l'examen montre que les culs-de-sac sont libres et souples.

L'utérus est un peu douloureux sur le bord.

Le 30 : La température s'élève à nouveau à 39° pour redescendre progressivement.

Mme D., 30 ans. 4 pare. Dernières règles : fin février 1933.

Entre dans le service le 18 juillet 1933 parce que, depuis 2 jours :

Elle perd abondamment du sang rouge avec des gros caillots.

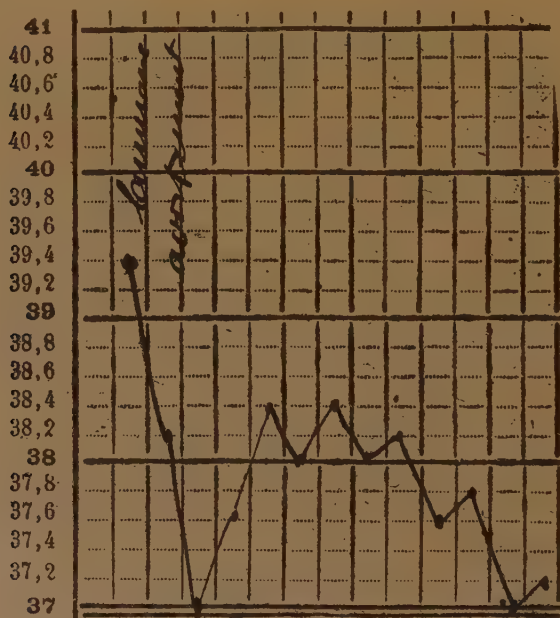
En même temps, sa température s'est élevée à 38°2 chez elle.

A l'entrée : La femme perd un peu de sang rouge.

Elle a de violentes douleurs abdominales et lombaires survenant tous les 1/4 d'heure.

La température est à 39°4.

Au toucher : Le corps remonte un peu au-dessous de l'ombilic.



Le col est entr'ouvert, permettant l'introduction de la pulpe de l'index.

Le toucher détermine d'ailleurs une hémorragie assez importante.

On décide de poser 3 lamineuses 30-30-24.

La malade a de violentes douleurs de plus en plus rapprochées.

Elle a eu à cette date de violentes douleurs, suivies de pertes de sang avec expulsion de gros caillots.

L'hémorragie ne s'est arrêtée que 2 jours après.

Mais la température s'est élevée progressivement à 38°, puis à 38°8.

A l'entrée : La température est à 38°8.

La malade a quelques douleurs abdominales.

A l'examen : On sent une légère défense de la paroi au niveau des 2 fosses iliaques.

Au toucher : Le corps est légèrement augmenté de volume et douloureux.

Le col est légèrement perméable, mais on ne peut explorer facilement la cavité utérine.

Rien dans les culs-de-sac.

Pose de laminaires 30-18-24.

Le lendemain : La température tombe à 37°4 et 37°2.

On enlève les laminaires.

Le col est largement ouvert.

On sent au doigt des débris mous qu'on enlève facilement à la curette mousse.

La révision au doigt montre que *l'utérus est vide*.
Iodage.

Tamponnement enlevé 5 heures après sans incident.

Suites de couches : Le lendemain, la température est retombée à 37°2, mais elle s'élève les jours suivants, atteignant 39°8, 3 jours après le curettage :
l'utérus est petit, les culs-de-sac libres.

On laisse la malade au repos avec de la glace.

L'examen montre un *col long et fermé*.

Un corps gros comme un utérus de 4 mois environ.

La malade présente un bon état général.

On décide d'attendre.

Repos.

Glace sur le ventre.

Les jours suivants, la température tombe à 37°.

Mais le 3^e jour au matin, brusquement la malade fait des frissons répétés. La température s'élève à 39°8. Il s'écoule une sérosité fétide. On décide d'évacuer l'utérus.

Laminaires : 30-24-18.

Chute thermique relative le lendemain matin.

Le col est alors dilaté et permet :

1° L'évacuation d'un fœtus mort et du placenta.

2° L'exploration au doigt de l'utérus pour s'assurer de sa vacuité.

Iodage de la cavité utérine.

Tamponnement.

Le soir du curettage, la température est encore à 39°8, mais cela ne persiste guère, l'évolution ultérieure étant presque apyrétique.

Il est clair :

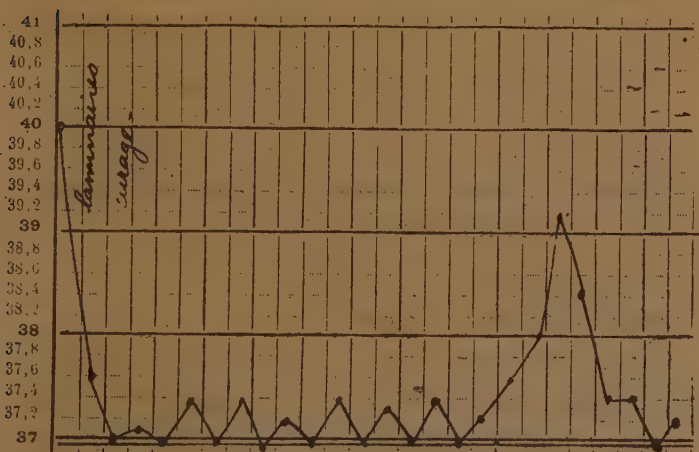
1° Que l'évacuation extemporanée n'aurait pas permis d'extraire facilement fœtus et placenta de 4 mois.

2° Que la certitude qu'on avait de la vacuité utérine a permis de considérer comme un accident sans gravité la température survenue le soir de l'évacuation de l'utérus.

Mme L., 25 ans. 1^{re} pare. Dernières règles : fin décembre.

Entre dans le service le 15 février 1933 pour :

Une *hémorragie utérine*, survenue une semaine auparavant à la suite de tentative d'avortement. Elle a expulsé de gros caillots, mais les hémorragies persistant, et voyant la température s'élever, elle entre à l'hôpital.



A l'entrée : Température à 40°.

La malade est un peu agitée, son pouls est à 120, bien frappé.

Au toucher : On sent un col entr'ouvert.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Pose de lamineuses : 3 n°18.

Le 16 février 1933 : Chute thermique à 37°6.

De plus le col est largement ouvert, permet l'é-

vacuation de l'utérus après exploration digitale.
On découvre quelques débris placentaires qu'on enlève à la curette de Cuzzi.

La *révision utérine* permet alors de s'assurer que l'utérus est vide.

Iodage.

Suites de couches : Sans incidents jusqu'au 6^e jour.

A ce moment, la température s'élève à 38° puis à 39°2.

Le toucher ne révèle aucune anomalie, utérus et cul-de-sac sont normaux.

On n'intervient guère, étant assuré de la vacuité de l'utérus.

L'évolution ultérieure se fait vers la chute progressive de la température.

Mme L., 21 ans. 2 pare.

Entra dans le service le 19 juin 1933 pour une hémorragie abondante avec température élevée.

La malade ne peut donner des détails sur la date des dernières règles, ni sur le début des accidents.

On se livre à l'examen objectif qui montre :

1° Température à 39°8.

Pendant l'examen, la malade a un frisson intense du rant 1/4 d'heure.

2° De la vulve s'écoule un sang rouge en assez grande quantité; pas de caillots.

3° Au toucher, le col est long, à peine entr'ouvert à l'orifice externe et interne.

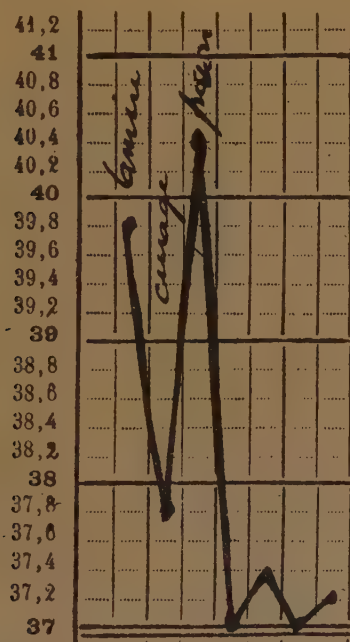
Pose de lamineaires 12-18-24.

Le lendemain : Chute de la température à 37°8.

La femme a peu saigné dans la nuit, mais elle a eu de violentes coliques.

Le col est largement dilaté.

L'exploration permet de sentir de nombreux débris placentaires qu'on détache facilement à la curette.



Révision utérine.

Iodage. Tamponnement.

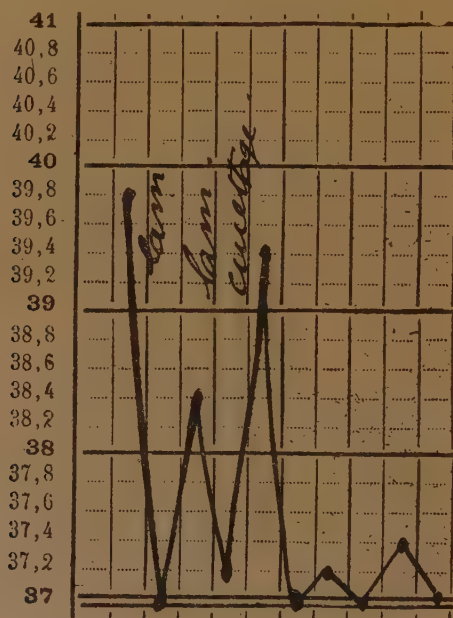
Le soir : Elévation thermique à 40° avec un grand frisson. Mais étant sûr de la vacuité utérine, on n'intervient pas.

Le lendemain : Température à 37°8.

Evolution ultérieure sans incidents.

Madame D..., 25 ans, 2^e pare. Dernières règles :
10 mai 1934.

Entre dans le service le 24 août 1934 parce que
— elle présente une hémorragie abondante depuis 2 jours, à la suite d'une injection intra-utérine d'eau savonneuse



— de plus, sa température est élevée à 39°8, elle
a de nombreux frissonnements.

A l'examen on trouve :

Un utérus remontant à mi-distance entre ombilic et pubis.

Le col est entr'ouvert mais laisse passer difficilement l'index.

Le toucher ramène du sang épais avec quelques caillots.

On décide de poser 3 *laminaires* 12-14-18.

Le lendemain chute thermique à 37°, mais le col n'étant pas assez dilaté, on met à nouveau des *laminaires* 18-18-18.

La malade a eu des violentes coliques dans la nuit.

On enlève les *laminaires* le lendemain — elles sont étranglées au niveau de l'orifice interne et l'exploration de l'utérus au doigt ne paraît pas devoir être facile. On remet des *laminaires*.

La température monte légèrement le soir à 38°4 pour redescendre le lendemain matin à 37°2.

On peut alors évacuer l'utérus à la curette de Cuzzi.

La révision au doigt est possible, le col étant dilaté, et on s'assure ainsi de la vacuité utérine.

Iodage.

Tamponnement.

Le soir du curettage, la température monte à 39°4, mais elle retombe les jours suivants.

Evolution ultérieure sans incidents.

Madame M... Entrée le 2 pour des *hémorragies utérines*.

Elle raconte une histoire de fausse-couche provoquée à l'aide de sonde.

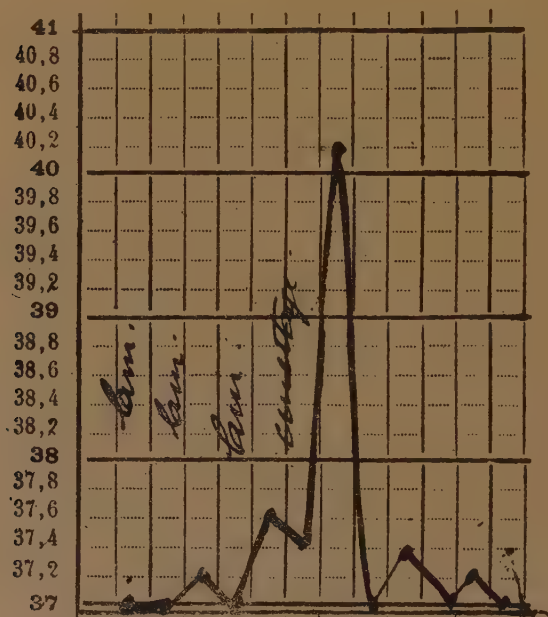
Elle a expulsé un gros caillot deux jours après et depuis elle continue à saigner tous les jours : hémor-

ragies de sang brunâtre et fétide, avec quelques petits caillots par instants.

Peu de douleurs abdominales.

Pas d'élévation de température (37° - $37^{\circ}2$).

A l'examen on trouve un col entr'ouvert à l'orifice externe et long ;



Le corps remonte un peu au-dessus du pubis, mais paraît plus petit que pour une grossesse de trois mois.

Il semble qu'il s'agisse de rétention placentaire. Pour éviter une infection possible, on décide d'évacuer l'utérus.

Pose de lamineaires 3 jours de suite :

24-30

30-30-18

30-30-30

Le 3^e jour, en enlevant les lamineaires, on constate que le col est largement dilaté.

On fait une exploration au doigt.

Il existe dans la corne droite des débris placentaires, difficilement détachables. On les enlève à la curette-mousse.

On vérifie la cavité utérine au doigt.

Iodage.

Tamponnement.

Le soir, à 6 heures, la femme fait un long frisson d'un quart d'heure environ. La température monte à 39°5 puis à 40°2. Mais on ne s'inquiète guère.

Le lendemain la température est tombée à 37° et les jours suivants elle s'est maintenue basse.

Pas de complications ultérieures.

Dans ce cas la certitude de la vacuité utérine a permis de ne pas intervenir intempestivement au moment de la poussée thermique. L'évolution a montré que l'on avait eu raison de ne pas s'inquiéter.

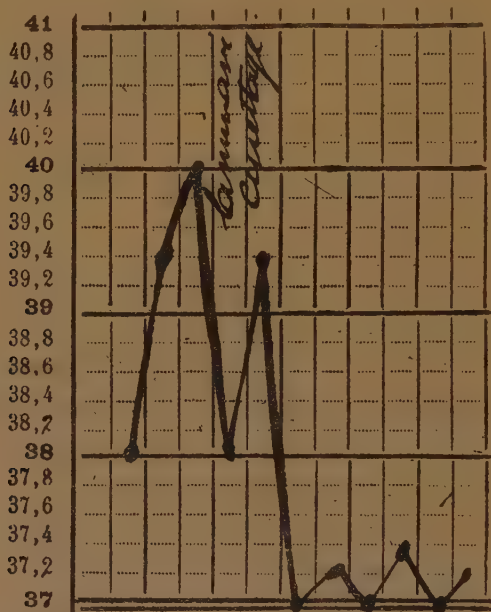
Madame S..., 29 ans, 5^e pare. Dernières règles : 20 avril 1930.

Entra dans le service le 4 juillet 1930 pour des hémorragies survenues depuis 3 jours à la suite de tentative d'avortement (sonde).

D'abord abondantes, les hémorragies ont ensuite diminué.

La malade ne perd presque plus à l'entrée — la température est à 38°.

Le col fermé, l'utérus gros comme une grossesse de deux mois environ.



On décide d'attendre. Repos et glace.

Le lendemain la température s'élève brusquement à 39°4, puis à 40°.

On pose alors 3 lamineires 12-12-12.

Le surlendemain le col est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt.

Décollement de l'œuf qu'on retire avec la pince à faux germe.

Curettage de la muqueuse.

Révision utérine montant la vacuité utérine.

Iodage.

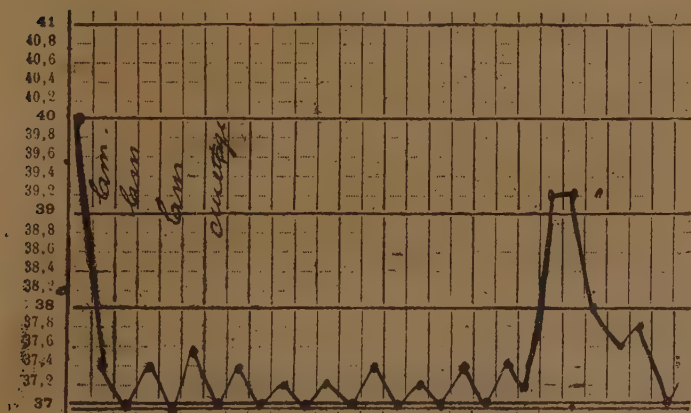
Le soir du curettage, élévation thermique qui ne persiste guère les jours suivants.

Madame D..., 23 ans, 1^{re} pare. Dernières règles : fin novembre 1931.

Entre dans le service le 29 février 1932 pour

— des hémorragies

— et une élévation de la température.



Les hémorragies sont survenues il y a *une semaine*, d'abord peu abondantes, puis augmentant progressivement et s'accompagnant d'expulsion de gros caillots.

3 jours après les hémorragies commençaient à s'arrêter mais la malade ne se sentait pas bien, elle avait de petits frissons.

A l'entrée : Température à 40° ;

— Pouls rapide ;

Abdomen souple ;

— Au toucher : le col est *long et fermé*, le corps remonte un peu au-dessus du pubis.

On pose 2 lamineaires n° 12.

Le 29 au soir la température est retombée à 37°4.

Le 1^{er} mars 1932 on enlève les lamineaires qui sont étranglées à l'orifice interne.

Le col est encore très fermé.

On met à nouveau 2 lamineaires n° 14.

Le 2 mars. — Le col n'est pas encore assez dilaté, on remet des lamineaires 18-14-14.

Le 3 mars. — Le col est largement dilaté et permet l'exploration digitale de l'utérus.

On sent de nombreux débris placentaires qu'on enlève difficilement au doigt.

On s'aide alors de la curette de Cuzzi.

La révision utérine montre la vacuité de la cavité utérine.

Suites de couches. — La température se maintient à 37° jusqu'au 8^e jour après le curettage. A ce moment élévation thermique à 39°4 durant un jour.

Evolution ultérieure sans incident.

TROISIÈME GROUPE

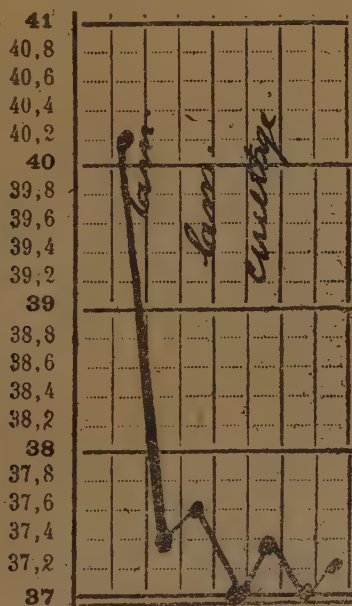
Mlle T..., 24 ans, 1^{re} pare.

Entre dans le service le 10 juillet 1934 pour :

— une hémorragie utérine et

— une élévation de température.

Elle ne peut préciser la date de ses dernières règles qui remontent à plus de deux mois avant son entrée. Elle est agitée, trémulante, répond d'une façon embarrassée aux questions qu'on lui pose. Elle ne peut dire dans quelles conditions ont débuté les troubles qu'elle présente.



Sa température est à 40°2.

Le pouls est rapide, la malade est pâle, ses yeux sont cernés.

L'abdomen est souple mais douloureux au niveau de la fosse iliaque droite et au-dessus du pubis.

Au toucher : On sent un col long, dont l'orifice externe est déchiqueté ;

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus

de la symphyse et présente un point dur, irrégulier, douloureux au niveau de la corne gauche.

On pose 3 lamineaires n° 12.

Le lendemain : La température est retombée à 37°4.

On met la femme sur la table, on enlève les lamineaires.

Le col est un peu dilaté et permet difficilement l'introduction de l'index dans la cavité. On sent alors dans le fond de l'utérus, une petite masse dure, allongée, dont on ne peut préciser la nature.

Comme l'exploration est difficile, on préfère attendre que la dilatation soit plus avancée et on remet pour cela 3 lamineaires n° 18.

Le surlendemain : La température est à 37°.

Le col largement dilaté.

L'exploration digitale montre :

1° des débris placentaires ;

2° dans la corne gauche, un objet dur qu'on enlève à l'aide d'une pince de Museux. Cet objet est une laminaire qui séjournait dans l'utérus depuis plusieurs jours.

Curettage de la muqueuse.

Révision utérine.

Iodage.

Suites de couches sans incidents. La malade sort le 4^e jour sur sa demande.

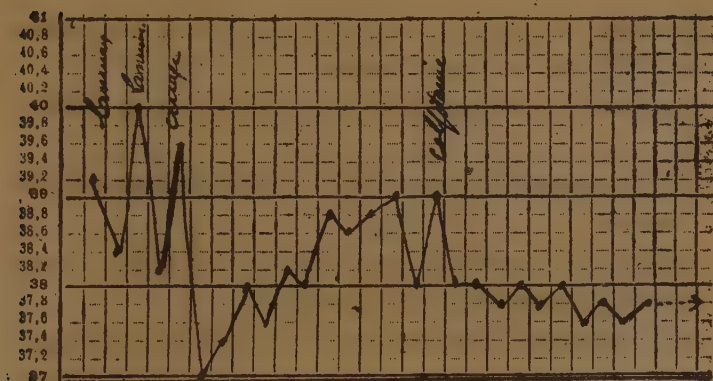
Il semble bien que dans ce cas, un curettage fait en dehors du contrôle digital n'aurait pas permis de reconnaître la laminaire et aurait pu déterminer des accidents tels qu'une perforation utérine.

Madame L..., 27 ans, 4^e pare. Dernières règles : 27 février 1934.

Entre dans le service le 8 mai, à 18 heures, pour une fausse-couche commencée chez elle.

Elle dit avoir évacué le fœtus, dans la matinée, mais continuant à perdre et se sentant mal : frissons, agitation, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : La température est à 39°2.



La malade a eu un frisson de dix minutes environ.

A l'examen : abdomen souple.

Au toucher : Col légèrement entr'ouvert à l'orifice externe, mais le canal cervical est long et rétréci à sa partie haute. On ne peut atteindre l'orifice externe.

Corps gros comme un utérus de 2 mois, très antéfléchi, formant un angle très fermé avec le col utérin.

On met 3 lamineaires 12-14-12.

Les lamineaires sont difficiles à placer : l'orifice interne étant difficile à dépasser on est obligé de tirer sur la lèvre postérieure du col vers le haut pour tâcher de redresser l'antéflexion du corps.

Le 10 mai 1934 la malade a eu quelques douleurs dans la nuit.

Sa température est à 38°4 le matin, 40° le soir.

Le soir, vers 5 heures, on met la malade sur la table. Au toucher, on retrouve les lamineaires dans le vagin. Le col, plus entr'ouvert, ne permet néanmoins pas l'introduction de l'index.

On remet 3 lamineaires plus volumineuses : 18-18-24.

Le lendemain, 11 mai 1934. — Température à 38°2 le matin.

Sous une anesthésie générale, on décide de pratiquer une évacuation de l'utérus.

On enlève les lamineaires qui étaient dans le col.

Le col est *long*, mais *ouvert* aux 2 orifices et permet l'introduction de l'index.

On explore la cavité du corps qui est pleine de débris mous de placenta.

Evacuation à la curette de Cuzzi.

Curettage de la muqueuse à la curette à dents de scie.

On explore la cavité utérine qui est maintenant *vide*.

Iodage de la cavité utérine.

Le soir : Température à 39°6, mais la malade se sent bien, perd peu et ne souffre pas.

Le lendemain : Température à 37°.

Le 12 mai : Température à 38°.

Au toucher : Corps un peu mou et douloureux sur la corne gauche. On ne sent aucune masse latérale.

Le 14 mai : Température à 38°8.

La malade souffre nettement à gauche, elle a eu 3 selles diarrhétiques.

Au palper, on sent une tuméfaction *siégeant* au-dessus de l'arcade crurale gauche remontant à 2 travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure, à limite supérieure arrondie et ne dépassant à droite la ligne médiane.

Au toucher : Col long, légèrement entr'ouvert à l'orifice externe et ramolli.

Corps dévié à droite, moins antéfléchi que précédemment, peu volumineux, mais de consistance assez molle. A gauche on sent une masse volumineuse correspondant à celle que l'on palpaît, masse *ovalaire*, allongée dans le sens transversal, indépendante de l'utérus, déprimant en bas le cul de sac latéral du vagin *et à limite supérieure bien limitée*. La palpation de cette masse est douloureuse.

Glace sur le ventre.

Le 17 mai : Cette masse salpingienne a grossi encore et soulève nettement la paroi de la fosse iliaque gauche. De plus elle est douloureuse spontanément : douleurs à type coliques intermittentes avec diarrhée glaireuse depuis 3-4 jours.

Le 18 mai : On pratique une colpotomie.

On trouve 3 poches de pus. On draine.

Ce n'est que le 22 mai que les selles diarrhéïques redeviennent fécales.

Le 30 mai : Température oscillante de 37° à 38°5 et la malade a vomé le matin.

Le 20 juin 1934 :

Utérus très petit au-dessous du pubis, légèrement repoussé à droite.

Le ligament large du côté droit est presque libéré.

Il reste un nodule du volume d'une noisette.

Au contraire à gauche persiste une masse irrégulière plus grosse que l'utérus, atteignant le volume d'une orange.

En arrière du col, la cicatrice est presque refermée, elle se prolonge vers la droite dans le cul de sac vaginal.

Le col de l'utérus est petit, dur, fermé.

La malade sort 5 semaines après presque complètement guérie.

Deux points sont à signaler dans cette observation :

1° La forme anormale de l'utérus, rendant difficile même une intervention aussi simple qu'une pose de laminaires.

On reconnaît que dans ces cas :

— la dilatation aux bougies est difficile et dangereuse ;

— le curettage sans le contrôle digital risque soit de perforer l'utérus, soit d'être incomplet.

2° L'évolution compliquée après l'évacuation de l'utérus.

En présence de la reprise thermique, à aucun moment ne s'est posée la question du 2° *curettage* dont on peut deviner les conséquences néfastes chez une telle femme présentant une infection sévère avec localisation péri-utérine.

Cette observation montre l'intérêt des larges dilatactions permettant de s'assurer de la vacuité utérine et l'innocuité de la pose de lamineaires qui, dans ce cas, n'a pas augmenté l'infection, mais a favorisé l'évacuation du contenu septique de l'utérus.

Mlle H..., 22 ans, 2° pare. Dernières règles : du 4 au 8 février 1934.

Entre dans le service le 4 juillet 1934 pour :

Douleurs abdominales ayant débuté le matin accompagnées d'hémorragies d'abord abondantes avec expulsion de caillots, puis moins abondantes.

Elle souffre actuellement tous les 1/4 d'heure.

Sa température est à 39°5.

Elle avoue avoir tenté de se faire avorter.

A l'examen : Col très en arrière.

Le corps est volumineux et très antéfléchi, coudé sur le col.

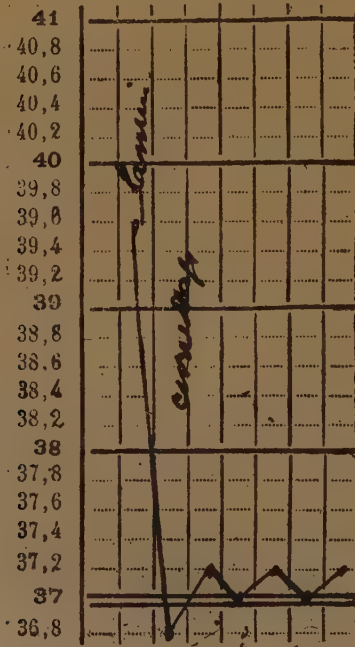
Etant donné la température et les hémorragies, on décide d'évacuer l'utérus.

Pose de lamineaires 12-14-18.

La pose est difficile, on est obligé d'attirer le col

en avant, et de repousser le corps avec la main abdominale en haut et en arrière, on a l'impression qu'une dilatation aux bougies et un curetage immédiat seraient dangereux et difficiles.

Le lendemain. — Chute de la température à $36^{\circ}8$.



La malade a eu de violentes coliques.

A l'examen on constate :

1) que le col est largement ouvert ;

2) que la coudure du corps est moins accentuée.

On évacue l'utérus, qui contient de nombreux débris placentaires, au doigt et à la *curette*.

On explore au doigt après curettage pour s'assurer de la vacuité utérine.

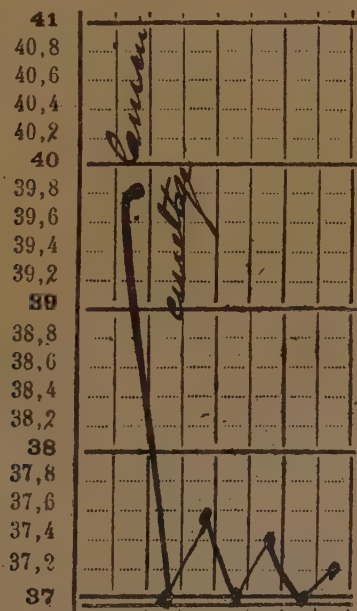
Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches apyrétiques.

Au 5^e jour, on touche la femme qui présente un col presque fermé, le corps est à nouveau très antéfléchi.

Madame L..., 29 ans, 2^e pare. Dernières règles.

Entra dans le service le 3 avril 1934 parce que depuis trois jours elle a des pertes



- d'abord glaires sanguinolentes
- puis pertes de liquide blanc rosé
- enfin pertes de sang rouge avec quelques caillots.

La veille de son entrée, se sentant fatiguée, elle s'alite puis présente un grand frisson intense durant 1/2 heure environ. En même temps les hémorragies devenaient plus importantes, s'accompagnant de vives coliques utérines.

Elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : La température est à 39°8.

La malade a de la céphalée, des petits frissons répétés, quelques douleurs abdominales intermittentes.

Au toucher : Utérus remontant à égale distance de l'ombilic et du pubis.

Col long, fermé, mou.

Le toucher ramène du sang liquide, fétide avec quelques petits caillots.

Pose de lamineaires.

Le lendemain : Chute thermique à 37°.

Le col est largement dilaté, et permet l'évacuation au doigt de nombreux débris placentaires.

De plus la révision au doigt permet de reconnaître sur la surface postérieure de l'utérus, un gros noyau fibromateux sous-muqueux.

A gauche de ce noyau existe comme une gouttière où restent des débris placentaires adhérents qu'on enlève facilement à la curette.

Iodage.

Tamponnement.

Suites de couches sans incidents.

Il est clair qu'un curettage pratiqué sans exploration préalable au doigt aurait été :

— dangereux, car il aurait déterminé une hémorragie importante par grattage du noyau fibromateux (grattage que l'on aurait fait d'autant plus énergiquement que l'on aurait pris ce noyau pour des débris placentaires adhérents;

— incomplet, car on avait de grandes chances de laisser les débris enclavés à gauche du fibrome.

Madame B... — Dernières règles fin janvier 1933.

La malade entre dans le service le 26 mars 1933 pour

— pertes de sang et élévation de la température.

Trois jours avant l'entrée, la malade a commencé à perdre, à la suite d'une chute dans la rue (?)

Hémorragie de sang rouge avec quelques coliques qui ont abouti à l'expulsion de deux gros caillots.

Depuis les hémorragies sont minimales, mais la malade présente des petits frissonnements, une céphalée intense.

A l'entrée : Température à 39°.

Le col est entr'ouvert à l'orifice externe.

Le corps remonte à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Pose de laminaire : 3 n° 12.

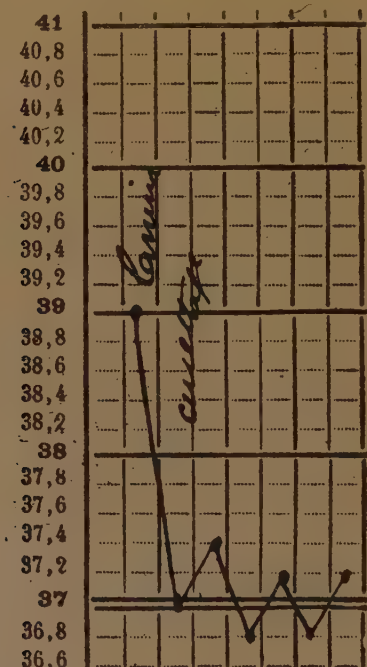
Le lendemain : Chute thermique à 37°.

Le col est suffisamment dilaté pour permettre l'exploration digitale de l'utérus.

On découvre quelques débris placentaires dans la corne droite, mais ils sont difficilement déta-

chables *au doigt*. De plus, à ce niveau, la paroi paraît *très mince et très ramollie*.

On dirige une curette mousse à cet endroit et prudemment, en s'aidant de la main abdominale pour mieux fixer d'utérus, on enlève *les débris placentaires*.



La révision utérine permet alors de s'assurer de la *vacuité utérine*.

Iodage. Tamponnement.

Suite de couches sans incident.

Note. — Il apparaît dans cette observation qu'un curettage pratiqué sans contrôle digital aurait pu

déterminer des accidents graves au niveau de cette zone *ramollie*.

Un excès de prudence aurait pu d'autre part laisser dans l'utérus un petit fragment placentaire dans la corne.

L'exploration au doigt a permis d'éviter ces deux accidents.

Madame E..., 21 ans, 1^{re} pare. Dernières règles : 20 juin 1931.

La malade entre dans le service le 22 novembre 1931, à 1 h. 45, pour des douleurs abdominales accompagnées de pertes de sang et d'élévation de la température.

Elle raconte qu'à la suite d'une chute dans l'escalier (?) elle a commencé à avoir des douleurs et à perdre du sang, d'abord filets de sang rouge, puis expulsion de gros caillots.

En même temps elle a quelques frissonnements qui sont allés en se répétant.

A l'entrée : La température est à 39°4.

Le col est entr'ouvert et permet d'introduire la pulpe de l'index. On sent à distance de nombreux débris mous.

Le corps remonte légèrement au-dessus de la symphyse.

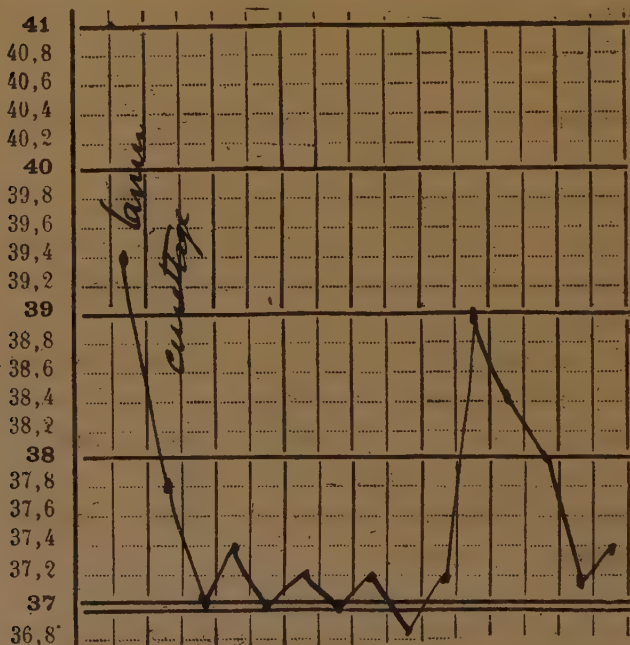
Pose de lamine : 18-18-30.

Le lendemain : Chute thermique à 37°8.

La malade a eu de violentes coliques dans la

nuir, le col est maintenant suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de 2. doigts dans l'utérus.

On sent dans la corne droite de nombreux débris placentaires qu'on enlève facilement, mais la révision utérine attentive montre qu'il existe



encore plus à droite une partie du placenta enchatonnée et qu'on ne peut atteindre que difficilement à travers un orifice d'enchatonnement laissant à peine passer l'index.

Au cours des manœuvres, on sent l'orifice céder peu à peu sous le doigt. On essaie de décoller le fragment placentaire qui vient difficilement. On

On passe alors une curette de Cuzzi dans cet orifice d'enchâtonnement, sous le contrôle de la main abdominale et on évacue complètement l'utérus. La révision au doigt montre la vacuité de l'utérus. Iodage de la cavité utérine.

Suites de couches. — Au début sans incidents.

Mais au 5^e jour, élévation thermique, sans douleur ni hémorragie.

Le toucher ne montre aucune anomalie.

On attend et les jours suivants la température descend.

QUATRIÈME GROUPE

Madame D..., 25 ans. Dernières règles : 29 mars 1933.

Entre dans le service le 7 août 1933 pour

— des *hémorragies utérines* d'abord peu abondantes, accompagnées de quelques douleurs, puis hémorragies avec expulsion de gros caillots.

A l'entrée : La femme *saigne peu*.

La température est à 37°2.

Le col est long et fermé, l'utérus globuleux comme un utérus de 3 mois.

On décide d'attendre : Repos. Glace sur le ventre.

Les jours suivants : La femme *continue à perdre* du sang rouge, de plus en plus abondamment.

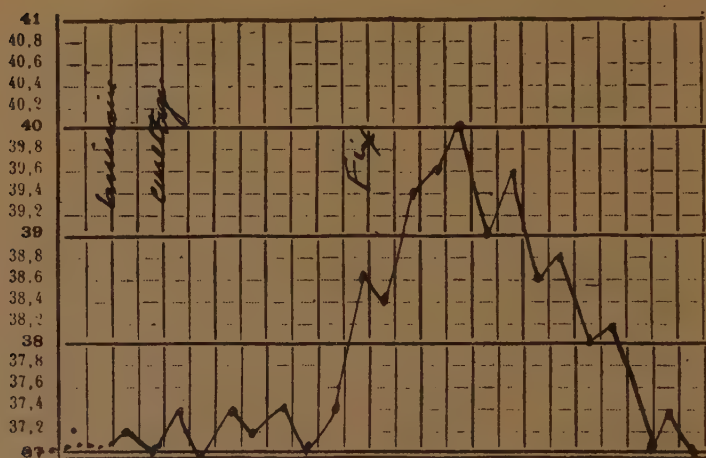
Le 17 août : La femme fait une hémorragie *abondante* avec de gros caillots.

Son pouls devient rapide.

On décide d'évacuer l'utérus.

On introduit une grosse laminaire n° 30.

L'hémorragie s'arrête au bout d'une demi-heure environ, mais la malade ressent de violentes coliques au bout de ce temps et 15 heures après, elle expulse un œuf entier avec placenta.



On fait alors une révision utérine qui montre que l'utérus est *vide*. On enlève la caduque à la curette de Cuzzi.

Iodage. Tamponnement.

Le 23 août : La température commence à s'élever, atteignant 39°.

La malade ressent une vive douleur sous-ombilicale médiane.

Les lochies sont normales.

Au toucher : Le corps est un peu gros et douloureux sur le bord. Mais les culs-de-sac sont libres et non douloureux.

On fait un *abcès de fixation*.

L'abcès est incisé 4 jours après.

Evolution ultérieure sans incidents.

Deux points à mettre en relief dans cette observation :

1) L'hémorragie, même abondante ne nous a pas déterminé à intervenir d'urgence étant donné l'innocuité d'une telle intervention.

2) La pose d'une laminaire faisant bouchon a permis

— d'arrêter l'hémorragie

— de provoquer les contractions qui ont abouti à l'expulsion de l'œuf.

3) L'exploration digitale à travers le col ainsi dilaté a permis de s'assurer de la vacuité utérine et d'éviter un 2° curetage intempestif.

Madame Br..., 37 ans, 3^e pare. Dernières règles : 28 avril 1930.

Entra dans le service le 7 août 1930 pour une hémorragie *abondante* ayant débuté 3 jours auparavant.

D'abord minime, et accompagnée de violentes douleurs, l'hémorragie s'est progressivement accrue, hémorragie de sang rouge avec des caillots.

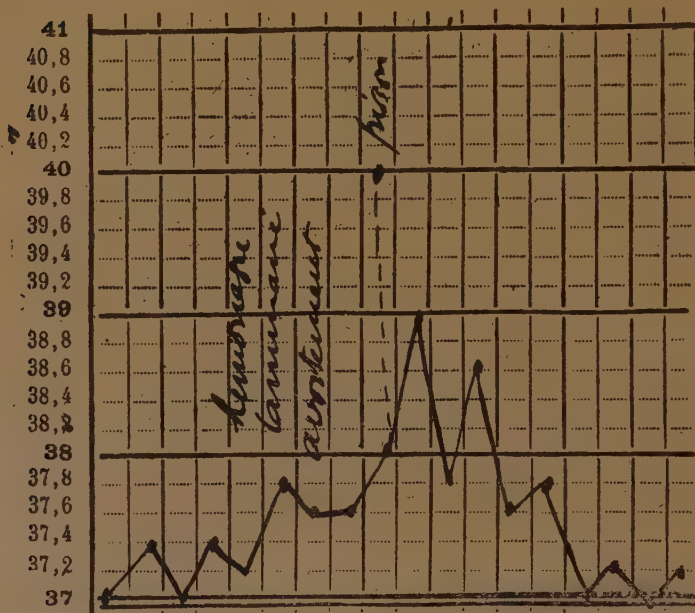
La température est à 37°.

Le pouls est bien frappé à 90.

La malade un peu agitée n'est cependant pas pâle et son état général semble bon.

Le col est long et fermé.

Le corps volumineux comme un utérus de 3 mois.
Depuis l'entrée, l'hémorragie s'est arrêtée.



On décide donc d'attendre. Repos, glace sur le ventre.

Le 9 août : La malade recommence à saigner très abondamment, avec de gros caillots.

La température est à 37°8.

Le pouls à 100 est plus faible qu'auparavant.

On décide d'évacuer l'utérus.

Pose d'une grosse laminaire n° 30.

L'hémorragie s'arrête, mais la malade ressent de *violentes coliques* ayant débuté une heure après la pose de laminaire et se rapprochant progressivement.

12 heures après, elle expulse la *laminaire* et un fœtus mort. La délivrance tardant à venir et l'hémorragie persistant, on pratique une délivrance artificielle suivie de iodage et tamponnement de l'utérus.

Le lendemain la température s'élève à 38°, puis survient un frisson au cours duquel la température atteint 40°.

Sûr de la *vacuité de l'utérus*, on n'intervient pas.

L'évolution ultérieure s'est faite vers la régression de la température. La malade est sortie guérie.

Ici, 3 points importants à signaler :

1) L'hémorragie abondante ne nous a pas déterminé à une intervention d'urgence qui aurait été difficile étant donné l'état du col.

2) Une grosse laminaire a eu un rôle

— pour arrêter l'hémorragie.

— pour déterminer les contractions aboutissant à l'évacuation de l'utérus

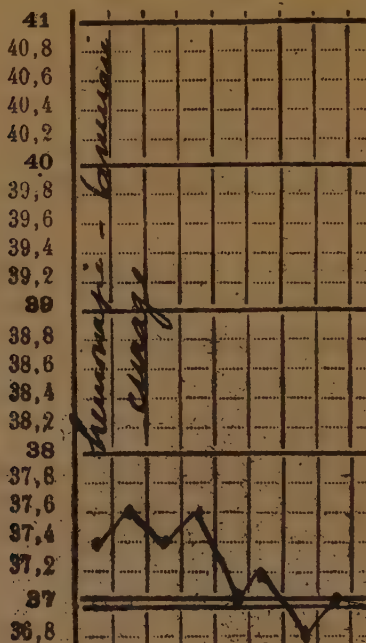
— pour permettre le contrôle digital après l'évacuation.

3) L'existence de poussée thermique ultérieure ne nous a pas inquiété; ayant la certitude de la vacuité utérine nous ne nous sommes pas livré à un 2° curetage qui aurait pu aggraver cette poussée inflammatoire très passagère.

Madame Cl..., 45 ans, 6^e pare. Dernières règles :
4 octobre 1932.

Entre dans le service le 7 janvier 1933, à 12 h. 30,
pour une hémorragie utérine abondante.

Elle raconte qu'elle a commencé à perdre la veille



dans la soirée : hémorragie minime mais accompagnée de vives douleurs abdominales et lombaires.

Dans la matinée, les hémorragies sont devenues importantes, s'accompagnant d'un état syncopal avec vertiges. Un médecin consulté a reconnu l'existence dans les caillots d'un œuf avec membranes et lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'entrée : La femme est pâle, angoissée, agitée.

La température est à 37°4.

Le pouls à 120, faible.

A l'examen : On sent l'utérus à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le vagin est encombré de caillots.

Le col très en arrière est à peine perméable au doigt, mais ne permet pas la révision digitale.

On pose un laminaire n° 30.

(Injection d'huile camphrée, glace sur le ventre).

A 20 heures : La femme a peu saigné, mais elle a eu de violentes coliques tout l'après-midi.

Les douleurs devenant très intenses et la malade s'agitant, on la met sur la table.

Anesthésie générale au chloroforme.

On enlève la laminaire que l'on retrouve très gonflée.

Le col est largement dilaté.

Le curage au doigt, facile, ramène de nombreux débris placentaires.

La révision au doigt montre que l'utérus est vide.

iodage de la cavité utérine.

Tamponnement enlevé 5 h. après sans incident.

Suites de couches sans incidents.



CONCLUSION

— Le point le plus important du traitement de l'avortement est *la nécessité d'évacuer complètement l'utérus*.

— Cette évacuation complète ne peut être obtenue à coup sûr et sans risques par les méthodes habituelles de dilatation forcée et de curettage sans exploration digitale de la cavité utérine.

— La dilatation lente et progressive du col par des lamineaires permet, au contraire, cette exploration et donne ainsi *la certitude de la vacuité utérine*.

— Cette dilatation lente est applicable à tous les cas puisque :

dans les fausses-couches infectées, *la pose de faisceaux de lamineaires* draine les sécrétions septiques et fait baisser la température.

Dans les fausses-couches avec hémorragie, la pose d'une grosse laminaire bouchant le col arrête l'hémorragie et amène une dilatation rapide.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
--------------------	---

CHAPITRE PREMIER	11
------------------------	----

CHAPITRE II

Nécessité de l'intervention.....	13
----------------------------------	----

CHAPITRE III

Technique de l'intervention.....	17
----------------------------------	----

OBSERVATIONS

Premier groupe	33
----------------------	----

Deuxième groupe	107
-----------------------	-----

Troisième groupe	130
------------------------	-----

Conclusion	161
------------------	-----

